PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

UWAGI KRYTYCZNE DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ O OPIECE NAD OSOBAMI PSYCHICZNIE CHOREMI.

Skreślił
Al. PIOTROWSKI.

„W Polsce opieka nad psychicznie chorymi nie jest jednolicie uregulowana. Regulacja taka jest koniecznie potrzebna. Sprawy psychjatryczne mogą być uregulowane drogą ustawodawstwa, albo drogą rozporządzeń administracyjnych. Ponieważ opracowanie i uchwalenie przez Sejm odpowiedniej ustawy psychjatrycznej wymaga wiele czasu, a sprawa nie cierpi żadnej zwłoki, pozatem, ponieważ brak doświadczenia na terenie ustawodawstwa psychjatrycznego i wiadomości psychjatrycznych, teoretycznych i praktycznych, u czynników ustawodawczych nie rokuje pomyślnie co do praktycznej wartości ustawy psychjatrycznej, przeto w naszych warunkach zaleca się uregulować sprawy psychjatryczne drogą rozporządzeń administracyjnych. Miałoby to tę stronę dobrą, że uporządkowanie spraw psychjatrycznych nastąpiłoby w krótszym czasie. Należy przytem mieć na uwadze, że rozporządzenia administracyjne, które okażą się nieodpowiednie i niepraktyczne, każdej chwili mogą być cofnięte i zastąpione nowemi, odpowiedniejszemi rozporządzeniami. Jest to moment bardzo ważny, bo doświadczenia zebrane z praktyki rozporządzeń administracyjnych mogą wpłynąć w dodatni sposób na powstanie i rozwój późniejszego ustawodawstwa psychjatrycznego. Ustawa, choć błędna w założeniu, treści i formie, z konieczności obowiązuje zawsze przez długie lata i może być zmieniona, poprawiona i uzupełniona dopiero uchwałą Sejmu, a do takiej uchwały nie dochodzi się w tempie przyspieszonem. Zarządzenia administracyjne, które okażą się z biegiem czasu jako praktyczne, celowe i pożyteczne, mogą później, gdy stan rzeczy będzie tego wymagał, uchwałą Sejmu nabyć formę ustawy".[1])

[1]) Al. Piotrowski: Zasady organizacji spraw psychjatrycznych. — Nowiny Psychjatryczne 1927, I—II. pag. 28.

Każdy psychjatra polski, któremu uregulowanie spraw psychjatrycznych w Państwie i dobro chorych leży na sercu, z niecierpliwością oczekuje szybkiego zorganizowania i ustalenia odpowiedniej opieki nad osobami psychicznie choremi. Zdawało się, że projekt „Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi“, ogłoszony w Roczniku Psychjatrycznym 1928, VII, jest niedaleki realizacji. Fakt przedłożenia tego projektu, opracowanego starannie i z dużym nakładem energji, zasługuje na podkreślenie przedewszystkiem dla tego, że droga obrana jest niewątpliwie najkrótsza. Gwarantuje ona uporządkowanie sprawy w przyspieszonem tempie i w obecnych warunkach przedstawia najwłaściwszy sposób dopięcia celu.

Bez względu na problematyczną wartość niektórych artykułów projektu, już ta okoliczność, że rozporządzenie posunęłoby sprawę o olbrzymi krok naprzód, ma pierwszorzędne znaczenie.

Niestety, w ostatniej chwili przed zwołaniem Sejmu projekt spadł z porządku dziennego posiedzenia Rady Ministrów i wobec wygaśnięcia pełnomocnictw Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustaw, — przeszedł do akt.

Wszelako sprawa organizacji opieki nad osobami psychicznie choremi pozostała nadal aktualną.

Wobec tego nasuwa się pytanie, co będzie dalej? Czy obecny stan rzeczy ma pozostać niezmieniony? Nie potrzebuję chyba przypominać, co każdemu wtajemniczonemu jest wiadome, że sprawy psychjatryczne stoją źle w Polsce; stan ich jest opłakany. Zagranica wytyka nam niezdarność i naigrawa się z naszej gospodarki w tej dziedzinie. Katastrofa się zbliża. Aby jej uniknąć, trzeba niezwłocznego czynu. Pośpiech jest konieczny.

Zagranicą opieka psychjatryczna jest zorganizowana praktycznie, pomyślana rozumnie i wszechstronnie, ujęta w formę prostą, przedstawiającą instytucję, postawioną na mocnych fundamentach, opartych na nauce i długoletniem doświadczeniu. W przepisach zagranicznych znajdujemy cenne wskazówki; możemy z nich wybierać te, które najbardziej odpowiadają naszym potrzebom i które dadzą się zastosować bez zwłoki.

Rozumie się, że w wyborze ich trzeba przestrzegać ostrożność i przejąć tylko przepisy zasadnicze, pod każdym względem dobre, na które większość psychjatrów zgodziłby się mogła bez zastrzeżeń, na-

tomiast należy pominąć te przepisy, które nie są zasadnicze, które są mniej ważne, które komplikują rzecz i utrudniają realizację planu.

W obecnych warunkach nie jest wskazane uregulowanie opieki psychjatrycznej drogą ustawodawstwa. W Niemczech np. niema ustawy psychjatrycznej, a jednak opieka nad osobami psychicznie choremi stoi na wysokości zadania dzięki rozumnym przepisom administracyjnym. Czy ta droga, najkrótsza, najprostsza i najtańsza nie byłaby możliwą także w Państwie Polskiem? Czyżby Rada Ministrów wzgl. Min. Spraw Wewn. w łączności z Min. Sprawiedliwości i z Min. Skarbu nie mieli być władni do wydawania rozporządzeń w celach zorganizowania opieki nad osobami psychicznie choremi?

Najprostszy sposób, prowadzący szybko do celu, upatruję właśnie w rozporządzeniach administracyjnych, wydawanych ad hoc. Ze względu na ważność sprawy ze stanowiska społecznego i państwowego jako też ze względów ekonomicznych należy uchwycić się tego sposobu zaradzenia złemu. Istnieje precedens. Na początku egzystencji Państwa Polskiego ludność cierpiała wiele z powodu szerzenia się groźnych epidemji. Niebezpieczeństwo zlikwidowano w stosunkowo krótkim czasie środkami radykalnymi przy pomocy Komisarza Rządu do walki z chorobami epidemicznemi.

W dzisiejszych czasach przydałby się Komisarz Rządu do spraw psychjatrycznych. Wyposażony w kompetencje, byłby władny zaprowadzić porządek w tej dziedzinie życia społecznego, zaniedbanej w zastraszającej mierze. Cel zostałby osiągnięty w krótkim czasie i z niewielkim nakładem kosztów. Rzecz musiałaby jednak być ujęta nieco odmiennie od projektu „Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej". Z pewnością zarządzenia Komisarza Rządu resp. rozporządzenia ministerjalne dałyby na razie pod względem praktycznym pożyteczniejsze wyniki niż niektóre przepisy, zawarte w projekcie „Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej", które ze względu na swój charakter ustawowy nie mogłoby być przez niego zniesione. W przeciwieństwie do ustawy, rozporządzenie ministerjalne jako zarządzenie administracyjne — o ileby się okazało wadliwe i o ileby nie odpowiadało potrzebom chwili — mogłoby każdego czasu być zastąpione doskonalszymi przepisami.

Projekt „Rozporządzenia Prezydenta" posiada duże walory, atoli zawiera także niejeden artykuł, który z punktu widzenia psychjatry zakładowego oraz z punktu widzenia interesu chorych jako też ze

względu na skomplikowaną formę nadzoru nad zakładami psychjatrycznymi wywołuje sprzeciw.

Bez zastrzeżeń można przyjąć w dotychczasowej redakcji „Projektu“ cały Rozdział I i II. Na wyszczególnienie zasługuje pożyteczny przepis, zawarty w artykule 11-ym, dotyczący świadczeń Kas Chorych. Niema podstawy do przyznania Kasom Chorych przywileju zarabiania na zakładach psychjatrycznych. Zalecałoby sie jednakże odnośny ustęp wspomnianego artykułu sformułować nieco składniej i nadać mu brzmienie mniejwięcej takie:

„Przyznane art. 44, poz. 292 Kasom Chorych prawo opłacania kosztów kuracyjnych za członków w szpitalach publicznych w wysokości odpowiadającej połowie własnego przeciętnego szpitalnego kosztu utrzymania i leczenia chorego, nie ma zastosowania do zakładów psychjatrycznych“.

Nie wywołuje sprzeciwu Rozdział III, art. 14—20, Rozdział IV, art. 21, 33, 34, 36, 37, Rozdział V, art. 38, Rozdział VI, art. 40, 42, Rozdział VII, art. 43, 44, Rozdział VIII, art. 46, 47, 48, 49, Rozdział IX, art. 51, Rozdział X, art. 52—56.

Obawiam się, że niektóre artykuły Rozdziału IV mogą wprowadzić niepokój i zamęt wśród chorych, ponieważ opieka nad psychicznie chorymi, umieszczonymi w zakładach psychjatrycznych, ujęta jest w sposób zbyt ociężały, zawiły i niepraktyczny.

Art. 22 np. przewiduje, że na wypadek skargi prezes Sądu Okręgowego może zarządzić zbadanie przez sędziego, czy zachodzi potrzeba zatrzymania przymusowego danej osoby w zakładzie.

Sądzę, że zderzyłyby się tu dwa zasadniczo odrębne pojęcia, mianowicie pojęcie prawnicze i pojęcie lekarskie.

O potrzebie przymusowej opieki zakładowej z przesłanek psychjatrycznych powinien decydować psychjatra, t. j. inspektor psychjatryczny.

Sędzia wzgl. prokurator bada formalną stronę, t. zn. okoliczność, czy zostały przy umieszczeniu pacjenta w zakładzie zachowane przepisane formalności, resp. wystąpi czynnie w przypadku przestępstwa, np. gdyby inspektor psychjatryczny orzekł, że z przesłanek psychjatrycznych nie zachodziła potrzeba przymusowego zatrzymania. W takim razie zaistniałby fakt nieprawnego pozbawienia wolności obywatela. Nieprawne — przymusowe zatrzymanie osoby w zakładzie interesuje przedewszystkiem prokuratora, który z urzędu zobowiązany jest zająć się sprawą. Niepotrzebnie zatem wymaga się wystąpienia prezesa Sądu Okręgowego. Wystarczy, gdy w danym przypadku skarga zostanie skierowana wprost do prokuratora, który przeprowadzi dochodzenia

na zasadach, określonych przez ustawę postępowania karnego. Droga ta jest najprostsza. Osobne przepisy są zbyteczne.

Od biedy możnaby się zgodzić na formę opieki prawnej określoną art. 22 i I i II, 1. W referacie[1]) przygotowanym na VIII. Zjazd Psychj. Polskich w Warszawie 1928 r. wspomniałem o ingerencji sądowej, mając na myśli stosunki wielkopolskie, gdzie pewne ingerencje nadzorcze posiada prokurator sądu okręgowego, któremu donosi się o każdym chorym, przyjętym do zakładu. Prokurator ma prawo i obowiązek zażądać od dyrekcji sprawozdania o stanie chorobowym pacjenta. Na tem kończą się jego ingerencje.

Niema przeszkód, aby owe ingerencje przejął prezes Sądu Okręgowego albo sędzia okręgowy.

Nie godzę się atoli na przepis (art. 22, II 2), że prezes Sądu Okręgowego może udzielić sędziemu s t a ł e j delegacji do sprawowania nadzoru, przewidzianego art. 22—29, nad wszystkimi lub niektórymi zakładami okręgu danego Sądu Okręgowego.

Przepis ten przypomina sławetną ordynację austrjacką z 28. czerwca 1916 r. (L. 207 D. u. p.), §§ 16—24, traktującą zakład psychjatryczny jako instytucję detencyjną, stawiając psychjatrów na równi z dozorcami więziennymi, z tą jednak różnicą, że dozorcy więzienni podlegają tylko nadzorowi fachowemu, t. j. prokuratorowi i jego władzy przełożonej, psychjatrzy natomiast podlegają w zakresie swojego fachu nadzorowi niefachowemu.

Obrońcy ordynacji wspomnianej argumentują, że bywa ona stosowana łagodnie. Jest to argument słaby i dowodzi, że przepisy są złe, jeżeli istnieje powód do złagodzenia ich skutków.

Uwidocznia się w nich tendencja wyeliminowania decydujących ingerencji psychjatry w sprawach psychjatrycznych.

Między wierszami art. 22, II. 2 i następnych daje się wyczuć pewna nieufność do psychjatry z tym przydźwiękiem, że psychjatra nie jest zdolnym ex re swojej wiedzy fachowej i swego doświadczenia rozpoznać samodzielnie chorobę psychiczną oraz sumiennie rozstrzygnąć o potrzebie pobytu pacjenta w zakładzie. Przyjmuje się, że psychjatra jest człowiekiem a priori skłonnym do przestępstwa, któremu łatwo przychodzi zamknąć i przetrzymać przymusowo i gwałtem w zakładzie osobę zdrową.

---

[1]) Al. Piotrowski: Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu. — Now. Psychj. 1928, I—II.

Przepisy w rodzaju artykułów zawartych w Rozdziale IV ubliżają godności całego stanu psychjatrycznego i dają się odczuwać jako moralny policzek wymierzony w stronę psychjatrów. Przejście nad nimi do porządku bez energicznych protestów byłoby publicznem świadectwem niedołęstwa. Przeciwko oficjalnemu napiętnowaniu psychjatrów jako typu ludzi a priori mniej uczciwych, powinni psychjatrzy zaprotestować i nie pozwolić powątpiewać o swej uczciwości.

Nieufność do psychjatrów przebija przedewszystkiem z przepisu o nadzorze nad zakładami psychjatrycznymi w postaci kontroli, wykonywanych przez niefachowców.

Każdy doświadczony i nieuprzedzony psychjatra wie, że w licznych przypadkach nie będzie możliwe dla niefachowca stwierdzić na podstawie dorywczego przesłuchania, czy badany potrzebuje koniecznie opieki zakładowej lub nie. Kwerulanci, psychopaci, paranoicy, parafrenicy, narkomani potrafią dysymulować i chorobę swoją tak sprytnie maskować, gdy sytuacja tego wymaga, zwłaszcza wtedy, gdy stan ich się nieco poprawił, gdy mogą się zdobyć na tyle energji, aby przez pewien czas zachować równowagę psychiczną, — że niefachowcowi trudno będzie oprzeć się wrażeniu, iż ma do czynienia z osobami zdrowemi, które niesłusznie znajdują się w zakładzie.

Uczą nas przecież doświadczenia, zebrane w procesach o ubezwłasnowolnienie, że, mimo wyczerpującego i uzasadnionego orzeczenia psychjatry zakładowego, który po szczegółowem badaniu i dłuższej obserwacji chorego wyrobił sobie dokładny obraz o chorobowym stanie umysłowym pacjenta i o potrzebie jego ubezwłasnowolnienia, sędzia — pod wrażeniem chwilowego poprawnego zachowania się chorego — nieraz nie orzekł potrzeby jego ubezwłasnowolnienia.

Stanowisko sędziego będzie zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy zachowanie się chorego, któremu grozi ubezwłasnowolnienie. Chory, nawet paralityk w początkowym okresie cierpienia, o ile jest przy pełnej świadomości, stara się na rozprawie sądowej za wszelką cenę pozować i utrzymać równowagę psychiczną, nie mówić od rzeczy; nie zachowuje się on przewrotnie, nie przejawia widocznej słabości psychicznej.

Przeciwnie, zdarza się nieraz, że przed sądem chory umie zachować się poprawnie, mówić składnie, myśleć pod względem formalnym prawidłowo, argumentować napozór logicznie, dowodząc np., że nie można przecież bezwzględnie pozbawiać własnej woli osoby, która przez pewien tylko czas żyła nad stan albo przejściowo nie zajmowała się swojemi sprawami, że o ile nastąpiłoby ubezwłasnowolnienie, było-

by to dowodem, że można każdego czasu ubezwłasnowolnić cały świat. Niekiedy udaje się choremu wyprowadzić w pole nietylko sąd, ale i rodzinę, która zrobiła z nim najgorsze doświadczenia.

Kto w takim zachowaniu się chorego upatruje, że chory nie potrzebuje być ubezwłasnowolniony, dozna przykrego rozczarowania, gdyż pozorna poprawa stanu psychotycznego nie trwa długo.

Znawca znajduje się w trudnem położeniu wobec braku zrozumienia dla przedmiotu u niefachowców. Wywody jego, że pacjent cierpi na chorobowe zaburzenia psychiczne, na omamy, na urojenia, że na swobodzie będzie bezwzględnie oddawał się różnym ekscesom i niszczył swoje siły, że zniedołężnieje cieleśnie i psychicznie, że będzie się zaniedbywał, że upadnie moralnie i materjalnie, że narazi rodzinę na nędzę i nie zdoła wskutek słabej woli o własnych siłach oprzeć się pokusom, pobudzającym go do wydawania niepotrzebnie pieniędzy, — wywody te, aczkolwiek słuszne i odpowiadające doświadczeniu, nie mogą służyć sędziemu za podstawę do ubezwłasnowolnienia chorego. Miarodajnym bowiem dla sędziego jest tylko stan obecny badanego, a w tym stanie, przemijającym, sędzia nie dostrzeże chorobowych zaburzeń psychicznych, któreby mogły stanowić o kryterjach ubezwłasnowolnienia. Objawy chorobowe, niewyraźnie zarysowane, tkwiące głęboko w ustroju, mogą być rozpoznane tylko wprawnem okiem doświadczonego psychjatry, na podstawie dłuższej obserwacji i szczegółowego, starannego klinicznego badania. Dla laika natomiast nie są one dostrzegalne.

Podobnie działoby się, gdyby sędzia miał decydować o potrzebie pobytu chorego w zakładzie psychjatrycznym.

Czy kontrola przeprowadzona np. w formie odwiedzin sędziego, wywołującego swojem nagłem zjawieniem się na oddziałach silne poruszenie wśród wrażliwych, łatwo pobudliwych i drażliwych chorych, może być nazwana racjonalną? Czy znajomość artykułów ustawy jest już kwalifikacją do orzekania o stanie psychotycznym i czy wiedza prawnicza przedstawia dostateczną gwarancję, że sędzia podczas swojej wizyty zorjentuje się szybko i należycie w otaczającym go chaosie zjawisk psychotycznych i zdoła rozpoznać, że chory, domagający się natarczywie głośnem lamentowaniem i wyrzekaniem wypuszczenia na wolność, — potrzebuje opieki zakładowej lub nie?

Nie ulega wątpliwości, że wizyty takie podniecałyby kwerulantów, psychopatów, paranoików, parafreników itp., pobudzałyby ich do ciągłych remonstracji i do prowokacji. Nieuzasadnionym skargom nie

byłoby końca i sędzia stale urzędowałby w zakładzie. Zamiast zabiegów lekarskich dominowałyby w szpitalu rozprawy sądowe.

Dość mamy przykładów z odwiedzin takich chorych przez ich krewnych i znajomych. Po odwiedzinach chorzy są zwykle podnieceni i wzburzeni. Dopiero wskutek wstrzymania wizyt następuje u nich uspokojenie i pewne zrównoważenie psychiczne.

Pocóż więc niepokoić biednych nieszczęśliwców, łatwo pobudliwych, pocóż ich podniecać badaniem sądowem, przesłuchiwaniem, spisywaniem protokułów i denerwować oświadczeniem, że muszą nadal pozostać w zakładzie. To im na zdrowie nie wyjdzie. Nie tak winna wyglądać pomoc, którą należy nieść chorym. Nie w ten sposób doprowadzimy ich do zdrowia, nie polepszymy ich położenia. Chorzy koniecznie potrzebują spokoju, spokoju i jeszcze raz spokoju, nie zaś szkodliwego drażnienia. Umieszczono ich w zakładzie po to tylko, aby ich uchronić od szkodliwości i przykrości życiowych.

Odwiedzin kontrolnych sędziego w zakładzie nie należy stawiać na równi z terminem ubezwłasnowolnieniowym, ponieważ na taki termin chorych drażliwych, łatwo pobudliwych, z labilną wzruszeniowością nie doprowadza się, ze względów lekarskich także nie dopuszcza się sędziego do chorych.

Przesłuchami sądowymi wprowadzimy do zakładu sztuczne konflikty i przez to zwiększymy dolegliwości psychiczne chorych, pogorszymy ich stan i wywołamy głęboki i trwały niepokój.

Czy osoby, izolowane wbrew własnej woli w barakach, przeznaczonych dla chorych, cierpiących np. na cholerę, dżumę itp., gdzie swoboda osobista jest więcej ograniczona niż w więzieniu, śmiemy niepokoić przesłuchaniami sądowemi? Nikomu nie przyszło na myśl żądać, aby nadzór nad szpitalami dla chorych epidemicznych był powierzony prezesowi Sądu Okręgowego, prokuratorowi, sędziemu, aby do tych szpitali był wydelegowany sędzia celem przesłuchania, spisania protokułu i zbadania chorych na okoliczność, czy czasem nie są niesłusznie izolowani i pozbawieni wolności.

Albo czy komu się przyśniło powierzyć sądownikom kontrolę nad maszynami, nad czynnościami fabrycznemi, nad sprawnością i wydajnością pracy inżynierów, monterów, robotników?

Każdy jest przekonany o tem, że o potrzebie izolowania chorego, cierpiącego na chorobę epidemiczną, może decydować tylko lekarz epidemjolog; każdy logicznie myślący społecznik oświadczy, że kontrola maszyn należy do fachowca, t. j. inżyniera.

Dlaczego tylko psychjatra ma być a priori niezdolnym do decydowania w sprawach psychjatrycznych, dlaczego dla psychjatry ustanawia się przepisy, z których wynikałoby, że jest on ignorantem, niepewnym, niesumiennym, nie zasługującym na zaufanie, dlaczego tylko jemu a priori przypisuje się skłonności przestępcze, niedołęstwo, niezdolność do decydowania o potrzebie pobytu chorego w zakładzie? Dlaczego nie miałby być dostateczny nadzór nad zakładem psychjatrycznym wykonywany przez psychjatrę? Przecież nie kto inny, jak tylko on pod względem rzeczowym jako specjalista jest kompetentny do rozstrzygania kwestji specyficznych, albowiem posiada on niezbędną do tego wiedzę fachową, doświadczenie oraz dokładną znajomość rzeczy, a pod względem sumienności nie ustępuje innym urzędnikom. Niema powodu wątpić w jego kwalifikacje i w jego uczciwość. Nieufność względem niego, przebijająca między wierszami Rozdziału IV, nie jest uzasadniona. Dla chorego załatwianie przez psychjatrę spraw związanych z stanem psychotycznym chorego miałoby tę korzyść, że nastąpiłoby bezpośrednio i wcześniej niż wtedy, gdyby one miały być traktowane przez sędziego. Czy sędzia, działający par distance, daje większą gwarancję znajomości rzeczy, doświadczenia i sumienności niż psychjatra w charakterze inspektora, który rzecz zna zbliska i który przez dłuższy czas miał możność obserwowania chorych?

W interesie chorego jako też ze względów na uproszczony tryb urzędowania decydowanie o potrzebie pobytu w zakładzie powinno stanowić integralną część kompetencji inspektora psychjatry, ze względu na okoliczność, że zna on najlepiej materję. Przecież i wtedy, gdyby sprawa była przedłożona sądowi do zbadania, ostateczna decyzja zapadłaby dopiero po orzeczeniu się psychjatry. Pocóż więc obierać drogę okrężną? Prosta droga jest najkrótsza, najtańsza i na niej najszybciej dochodzi się do celu.

Od decyzji inspektora psychjatry pacjent albo jego powiernik zawsze jeszcze mógłby wnieść zażalenie do kolegjum sądowo-psychjatrycznego.

Niema zatem danych, aby przyjąć, że pod nadzorem inspektora psychjatry ochrona praw osobistych psychicznie chorych, umieszczonych w zakładach psychjatrycznych, byłaby mniej zapewniona niż pod nadzorem sędziego, że inspektor psychjatryczny orjentowałby się mniej sprawnie i działałby mniej gorliwie i mniej sumiennie niż sędzia.

Zresztą nadzór sądowy byłby w istocie problematyczny, a nawet iluzoryczny i w skutkach swoich bezprzedmiotowy i bezcelowy,

skoro dyrektor zakładu na mocy § 27 Rozdziału IV sprzeciwem swoim każdego czasu mógłby wstrzymać wykonanie postanowienia sędziego w sprawie zwolnienia chorego. Wogóle art. 27 znosiłby w praktyce poprzednie i następujące artykuły, albowiem dyrektor mógłby sprzeciwem swoim zniweczyć każdą decyzję sędziego. Stwarzałoby to niepotrzebne konflikty, irytacje sędziego, dyrektora, a co gorsza — chorego, i tym sposobem, zamiast służyć, szkodziłoby sprawie w wysokim stopniu. Byłby to niepożądany wynik stosowania przepisów jednostronnych, powstałych z teoretycznych rozważań i z dowolnych konstrukcji myślowych, nieodpowiadających doświadczeniu i praktyce szpitalnej w zakładzie psychjatrycznym.

Stąd wniosek, że przepisy Rozdziału IV nie przedstawiają szczęśliwego rozwiązania zagadnienia nadzoru nad zakładami psychjatrycznymi; dozór tego typu, jaki jest przewidziany w rozdziale wspomnianym, winien wywołać sprzeciw obozu psychjatrycznego.

Obrońcy koncepcji nadzoru sądowego nad psychjatrami argumentują m. in. w ten sposób, że konstytucja przewiduje, kto będzie sądził Prezydenta Rzeczypospolitej i sędziego, a jednak nie czują się oni tem urażeni. Argument ten nie może być uznany za ważki, albowiem przepisy te mówią o sądzeniu, a nie o nadzorze. Nie dopuszczają one wniosków, że sędzia jest a priori ignorantem, niesumiennym, przestępczym i że dla tego urzędowanie jego winno stać pod kontrolą laików, że dla tego każda jego decyzja winna podlegać kontroli osobnej komisji, która z fachem nic niema wspólnego.

Przepisy wspomniane przewidują tylko karę za niezastosowanie się do obowiązujących praw. To jest zupełnie co innego.

Nicby nie można powiedzieć przeciwko podobnym przepisom dla psychjatrów, przepisom, przewidującym ciężką karę w wypadku dopuszczenia się przestępstwa pozbawienia wolności zdrowej osoby przez przymusowe trzymanie jej w zakładzie albo w wypadku przyczynienia się do bezprawnego internowania jej w zakładzie.

Taki przepis stanowiłby dostateczną gwarancję bezpieczeństwa dla swobody osobistej obywatela.

W Rozdziale IV o nadzorze nad zakładami psychjatrycznymi przewidziane jest współdziałanie biegłego, który ma towarzyszyć sędziemu. Z przepisu nie wynika, że sędzia jest związany opinją biegłego.

Wobec tego wyłaniają się dwie możliwości: albo sędzia będzie polegał ślepo na zdaniu biegłego, a wówczas jego urzędowanie będzie

zbyteczne, albo też sędzia będzie się kierował li tylko własnem zdaniem i wówczas powstaną niepożądane wyniki.

W razie nieobecności biegłego, wskazanego przez Min. Spraw Wewn., sędzia może zawezwać na biegłego lekarza urzędowego. Moment ten pogarsza sytuację. Bo czy lekarz urzędowy jest już z urzędu psychjatrą? Ponieważ niema ustalonej definicji biegłego, więc biegłym może być każdy lekarz, którego sędzia za biegłego uzna. Wszelako nie każdy lekarz jest już fachowcem, nadającym się do orzecznictwa psychjatrycznego, jeżeli zważymy, że zadania osób kontrolujących zakłady są natury psychjatrycznej. Idzie nietylko o to, by stwierdzić, czy ktoś jest psychicznie chory, czy też zdrów, lecz pozatem trzeba orzec, czy w danym przypadku opieka zakładowa jest pożądaną wzgl. konieczną. Lekarz urzędowy bynajmniej nie daje gwarancji, że się lepiej wywiąże z zadania niż dyrektor-psychjatra. Nawet gdyby był fachowcem-psychjatrą, czy już z tego tytułu na podstawie odwiedzin zakładu miałby w konkretnym przypadku o potrzebie opieki zakładowej wydać właściwą ocenę lepiej i pewniej niż doświadczony dyrektor-psychjatra, który badał i obserwował chorego przez dłuższy przeciąg czasu?

Postulat nadzoru sądowego można wytłómaczyć faktem, że szpital psychjatryczny jest jeszcze uważany jako zakład detencyjny. Zakład psychjatryczny powinien być traktowany podobnie, jak szpital dla chorób zakaźnych, gdzie niema dozoru sądowego, choć chorzy znajdują się tam pod przymusem. Wtedy społeczeństwo będzie się odnosiło do zakładu psychjatrycznego mniej nieufnie i nie będzie w nim upatrywało więzienia.

Rozdział IV wydaje się być kompromisem różnych indywidualnych projektów. Na tem tylko tle można zrozumieć fakt, że konstrukcja przewidzianego aparatu nadzorczego wypadła nader skomplikowanie z tego względu, że brałby w nim udział szereg instancji, mianowicie prezes Sądu Okręgowego, sędzia, prokurator, inspektor psychjatryczny, przyczem temu ostatniemu przyznano rolę nader skromną, podrzędną, wyznaczając mu pozycję niemego obserwatora. Względy praktyczne i oszczędnościowe przemawiają raczej za nadzorem mniej złożonym. Jeżeli koniecznie ma istnieć nadzór sądowy, to wystarczy, gdy będzie wykonywany albo tylko przez prezesa Sądu Okręgowego lub sędziego, jak pragną jedni, albo tylko przez prokuratora, jak życzą sobie inni. W razie ustanowienia nadzoru sądowego nie widzę potrzeby powołania osobnego urzędu inspektora psychjatrycznego. Nadzór wy-

konywany przez inspektora-psychjatrę obok nadzoru sądowego byłby bezcelowy. Inspektor odgrywałby smutną rolę figuranta, nie miałby żadnych ingerencji decydujących w sprawach psychjatrycznych. Decydowałby sędzia.

Wprawdzie, nadzór wykonywany przez inspektora psychjatrycznego wydaje się być — mojem zdaniem — najwłaściwszy i racjonalny, ale wtedy, gdyby inspektor był wyposażony w odpowiednie kompetencje z prawem decydowania w sprawach psychjatrycznych, bez mieszania się w te sprawy czynników niefachowych.

Chorym należy zapewnić i zagwarantować ochronę praw osobistych, że nie będą niepotrzebnie przetrzymywani w zakładzie dłużej, niż stan chorobowy tego wymaga. Gwarancję tę może dać tak samo psychjatra jak sędzia, bo nic nie przemawia za tem, aby psychjatra a priori miał być mniej uczciwy i sumienny niż sędzia.

Do wydania kompetentnej oceny zjawisk psychjatrycznych konieczną jest znajomość rzeczy, którą nabyć można li tylko na podstawie długoletniej, odpowiedzialnej praktyki psychjatrycznej w zakładzie psychjatrycznym.

Zatem, logicznie rzecz biorąc, należy się domagać, aby decydującym czynnikiem w sprawach psychjatrycznych był tylko psychjatra w charakterze inspektora[1]); jako fachowiec byłby on biegłym, a jako urzędnik miałby a priori te same kwalifikacje intelektualne i moralne co każdy inny urzędnik. W razie ustanowienia nadzoru fachowego, t.j. nadzoru wykonywanego przez inspektora psychjatrycznego z prawem decydowania, nadzór sądowy w formie przewidzianej Rozdziałem IV byłby zbyteczny.

Kompetencje nadzorcze inspektora ograniczałyby się oczywiście do spraw czysto lekarsko-psychjatrycznych. Rozumie się, że nadzór gospodarczo-administracyjny nad zakładem psychjatrycznym należy do władzy, która zakład utrzymuje i nim administruje.

Stosownie do powyższych uwag zalecałoby się dać Rozdziałowi IV następującą treść.

Art. 21.

O każdej osobie, przyjętej do zakładu psychjatrycznego, zawiadamia jego kierownictwo w ciągu 3 dni inspektora psychjatrycznego, podając na karcie zawiadomienia wynik pierwszego badania chorego. Inspektor psychjatryczny odpowiada niezwłocznie, że się godzi lub nie godzi na dokonane przyjęcie i podaje powody swojego odmownego stanowiska.

[1]) cf. Al. Piotrowski: O potrzebie ustanowienia Urzędu Psychjatrycznego. — Now. Psychj. 1924, VIII.

art. 22.

Na wypadek czyjejkolwiek skargi, skarga winna być skierowana do inspektoratu psychjatrycznego. Inspektor psychjatryczny udaje się najdalej do 3 dni od dnia otrzymania skargi do zakładu, w którym osoba zatrzymana przebywa, bada tę osobę w obecności lekarza zakładowego, spisuje protokuł, poczem wydaje postanowienie o potrzebie zatrzymania lub natychmiastowego zwolnienia.

art. 24.

Postanowienie inspektora psychjatrycznego nie stoi na przeszkodzie zwolnieniu chorego na żądanie władzy lub osoby, która spowodowała umieszczenie chorego w zakładzie.

art. 25.

W razie postanowienia o zwolnieniu pacjenta inspektor niezwłocznie zarządza wykonanie postanowienia i przesyła akta sprawy prokuratorowi przy Sądzie Okręgowym, jeżeli zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa.

art. 26.

Odpis postanowienia swego inspektor wydaje kierownikowi zakładu oraz osobom i władzom, na których żądanie pacjent został umieszczony w zakładzie.

art. 27.

Postanowienie inspektora psychjatrycznego może zaskarżyć pacjent, jego rodzina, kierownik zakładu oraz władza bezpieczeństwa do kolegjum sądowo-psychjatrycznego w ciągu 6 miesięcy (tygodni!). Zaskarżenie postanowienia nie wstrzymuje jego wykonania. Kolegjum sądowo-psychjatryczne rozpatruje skargę na posiedzeniu niejawnem na podstawie akt.

Kolegjum sądowo-psychjatryczne może orzeczenie swe odroczyć i przeprowadzić ponowne zbadanie chorego, delegując w tym celu jednego biegłego psychjatrę ze swego grona.

Orzeczenie kolegjum sądowo-psychjatrycznego jest niezaskarżalne.

Przepisy art. 25 i 26 mają odpowiednie zastosowanie.

art. 28.

Przepisy art. 22—26 stosują się i do zakładów, nieposiadających prawa publiczności z następującemi zmianami:

a) kierownicy powyższych zakładów zawiadamiają w ciągu 24 godzin inspektora psychjatrycznego o każdym przypadku przyjęcia chorego do zakładu.

b) Inspektor przeprowadza wizytację zakładów conajmniej raz na miesiąc (kwartał!).

art. 29.

Przepisy do art. 22—28 nie mają zastosowania w wypadku umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym na mocy orzeczenia sądu w toku postępowania sądowego.

art. 30.

Zakłady psychjatryczne prowadzą rejestr osób, przyjętych do zakładu, w którym prócz danych osobistych chorego uwidocznia się dokumenty, na których podstawie nastąpiło przyjęcie do zakładu oraz rodzaj choroby, ustalony przez lekarza zakładu.

Zapisy perjodyczne o przebiegu choroby w czasie pobytu chorego w zakładzie prowadzą lekarze zakładu na kartach szpitalnych według przepisów regulaminu zakładowego.

art. 31.

Osoba, umieszczona w zakładzie psychjatrycznym, ma prawo wnosić podania i skargi do władz nadzorczych zakładu oraz do władz sądowych, za pośrednictwem kierownictwa zakładu, które przesyła powyższe pisma z wyjaśnieniem i opinją.

art. 32.

Główny inspektor psychjatryczny, inspektor psychjatryczny mają przy wykonywaniu czynności urzędowych prawo odwiedzania zakładu psychjatrycznego o każdej porze dnia i nocy, prawo przesłuchiwania chorych, badania ich skarg i zażaleń, jak również prawo wglądu do rejestrów i kart szpitalnych zakładu o każdym czasie, kiedy tego zażądają.

art. 33.

Kierownictwo zakładu psychjatrycznego ma obowiązek zawiadomić niezwłocznie właściwego prokuratora o każdem przestępstwie, popełnionem w zakładzie, o każdym podpadającym pod przepisy prawa karnego wypadku wyrządzenia choremu krzywdy osobistej przez złe obchodzenie się z nim, przed oddaniem do zakładu lub w czasie pobytu w zakładzie, o każdym wypadku śmierci nienaturalnej, chorego, która nastąpiła w zakładzie, w szczególności także budzących wątpliwości w przypadkach śmierci, która nastąpiła w pierwszych dniach po przybyciu chorego do zakładu.

O każdym wypadku śmierci chorego w zakładzie psychjatrycznym winien być zawiadomiony inspektor psychjatryczny przy równoczesnem podaniu przyczyny zgonu.

art. 34.

Dla zawiadywania sprawami bieżącemi lub związanemi z zawodem osoby psychicznie chorej, umieszczonej w zakładzie psychjatrycznym, dla której sąd nie ustanowił jeszcze opiekuna, doradcy lub kuratora, tudzież dla opieki nad nią i nad jej rodziną, osobie psychicznie chorej może być przydany opiekun tymczasowy, którego czynności ustają z chwilą, gdy sąd ustanowił nad nią opiekę.

Opiekunów tymczasowych powołuje na wniosek osób i władz, wymienionych w art. 15 niniejszego rozporządzenia, lub na wniosek kierownika zakładu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania chorego sąd pokoju (powiatowy), bądź z pośród krewnych, powinowatych lub przyjaciół osoby chorej, przedstawionych — o ile to możliwe — przez samą osobę chorą, bądź z pośród osób, przedstawionych przez towarzystwo opieki nad psychicznie chorymi, lub, gdzie takich towarzystw niema, z pośród osób, przedstawionych przez miejscowe związki opieki społecznej.

Opiekunowie tymczasowi otrzymują, po zaprzysiężeniu ich przez sędziego pokoju (powiatowego), dekret, upoważniający ich do wykonywania opieki nad osobą psychicznie chorą i do zastępowania jej przy załatwieniu spraw bieżących lub wynikających z zawodu. Opiekunowi tymczasowemu nie przysługuje prawo aljenacji nieruchomości, ich obciążania oraz podejmowania kapitałów powyżej 1.000 złotych.

Sądzę, że w ten sposób zostałaby dostatecznie zapewniona i zagwarantowana ochrona praw osobistych chorych psychicznie, umieszczonych w zakładach psychjatrycznych. Nadzór, wykonywany przez inspektora psychjatrycznego, byłby prosty, jednolity, sprawiedliwy, niekosztowny, odpowiadałby warunkom służby psychjatrycznej, miałby charakter nadzoru fachowego i zadowoliłby z pewnością w całej pełni większość psychjatrów i opinję publiczną. Zasadnicze postulaty jednej strony oraz pretensje drugiej zostałyby uwzględnione. Inspektor psychjatryczny nie byłby tylko malowaną figurką, nic nie znaczącą, nie mającą żadnych ingerencji służbowych, lecz przedstawiałby pełnowartościowy, odpowiedzialny czynnik urzędowy, wyposażony w szerokie kompetencje z obowiązkiem i prawem decydowania w ważnych kwestjach psychjatrycznych.

Nie wspominałem o wojewódzkich inspektorach psychjatrycznych, gdyż w warunkach obecnych idea inspektorów wojewódzkich nie dałaby się urzeczywistnić ze względu na brak odpowiednich kandydatów. Skąd ich brać na stanowiska dla wszystkich województw i to jeszcze dla województw, gdzie niema zakładów psychjatrycznych, skoro brak sił lekarskich dla istniejących zakładów. Na razie nadzór psychjatryczny spoczywałby w ręku głównego inspektora psychjatrycznego, którego wspieraliby bezpośrednio tylko od niego zależni trzej inspektorzy, po jednym dla każdej dzielnicy, z siedzibą w Warszawie, Lwowie, Poznaniu.

Działalność ich nie ograniczałaby się do wykonywania nadzoru psychjatrycznego nad zakładami, lecz obejmowałaby również kontrolę nad opieką rodzinną, którą reguluje Rozdział V.

Art. 39 tegoż Rozdziału należałoby uzupełnić dodatkiem, że osoby prywatne, którym dyrekcja zakładu psychjatrycznego oddała w opiekę rodzinną chorego z zakładu, podlegają nadzorowi dyrekcji i są wolne od obowiązku zawiadamiania lekarza urzędowego.

Uzupełnienie takie jest wskazane ze względu na fakt, że chory, oddany z zakładu psychjatrycznego w pielęgnację do rodziny prywatnej, pozostaje nadal w ewidencji personalnej tego zakładu, pod stałym nadzorem lekarskim, a więc pod opieką zakładu. Opieka w rodzinie, zorganizowana i systematycznie prowadzona przez zakład psychjatryczny, stanowi urządzenie pomocnicze tegoż zakładu, które jest z nim istotnie i ściśle związane. Wobec tego osobne zgłoszenie do lekarza urzędowego byłoby zbyteczne.

Art. 39 miałby zatem brzmienie następujące:

„Osoby prywatne, nie należące do rodziny, które przyjmują u siebie osobę psychicznie chorą, mają obowiązek zawiadamiać o tem lekarza urzędowego i podlegają jego nadzorowi.

Wyjątek stanowią osoby, którym w opiekę rodzinną przekazał chorego dyrektor zakładu psychjatrycznego. Podlegają one nadzorowi dyrektora tegoż zakładu i są wolne od obowiązku zawiadamiania lekarza urzędowego".

Dalej, w konsekwencji rozważań poprzednich, należałoby w art. 41 słowo „wojewody" zastąpić wyrazem „inspektora psychjatrycznego". Pocóż stwarzać jeszcze jedną ingerencję w sprawach psychjatrycznych?

Nagłe wystąpienie à la „deus ex machina" wojewody jest tem mniej uzasadnione, że dalszy ustęp cytowanego artykułu przewiduje odwołanie się do kolegjum sądowo-psychjatrycznego, z którem jest organicznie związany urząd inspektora psychjatrycznego, nie zaś wojewody. W przypadku zatem, kiedy uprawnione osoby lub władze zażądają zwolnienia z zakładu psychicznie chorego, co do którego zachodzi obawa, że pozostawienie go poza zakładem grozi niebezpieczeństwem dla niego samego lub osób otaczających, dla mienia lub porządku publicznego, winien decydować o zatrzymaniu inspektor psychjatryczny i to ze rzeczowej kompetencji urzędu; tylko, gdyby zachodziła ewentualność zwolnienia pacjenta niebezpiecznego, inspektor porozumiałby się przedtem z wojewodą w celach wykluczenia przeciwwskazań administracyjno-policyjnych.

Rozdział VIII, traktujący o władzach nadzorczych i ich organach, powinien poprzedzać Rozdział IV, albowiem na nich wskazują przepisy Rozdziału IV. Wtedy Rozdział VIII nosiłby tytuł „Rozdział IV", a dotychczasowy Rozdział IV byłby Rozdziałem V; następne rozdziały przesunęłyby się o jeden numer dalej.

Dotychczasowy Rozdział IX, traktujący o postanowieniach karnych i odwoławczych, figurowałby jako Rozdział X.

Na wyszczególnienie zasługuje tu art. 50 ze względu na niefortunny zwrot: „choćby z winy nieumyślnej". W tem tkwi błąd logiczny i znamię niesprawiedliwości. Kto bowiem zawinił nieumyślnie, nie może ponosić tych samych konsekwencji karnych co osoba, która zawiniła umyślnie. Obawiam się, że przepis stanie się źródłem udręki dla niejednego psychjatry i stwarzać będzie niepotrzebnie męczenników zawodu.

Zresztą, nie ostre i liczne, skomplikowane przepisy, lecz gruntowne wykształcenie, długoletnie doświadczenie zawodowe oraz su-

mienność i wysoki poziom etyczny psychjatrów będzie stanowić najlepszą gwarancję dla ochrony praw osobistych chorych psychicznie, umieszczonych w zakładach psychjatrycznych.

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

REMARQUES CRITIQUES SUR LE PROJET DU DÉCRET DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE PAR RAPPORT À L'ASSISTANCE PUBLIQUE AUX ALIÉNÉS.

Par

AL. PIOTROWSKI.

L'auteur s'oppose à l'organisation d'assistance publique aux aliénés par voie législative et proposerait d'arranger les affaires psychiatriques par voie de décrets administratifs, qui mènent plus vite au but. Analysant le projet susdit l'auteur constate que celui-ci présente beaucoup de valeur, mais comporte néanmoins plus d'un article qui porte à l'opposition et ceci du point de vue de l'aliéniste d'hôpital de même que de l'interêt des malades et enfin à raison de procédure compliquée de l'inspection des hôpitaux psychiatriques. L'auteur critique le Châpitre IV du projet, qui traite de la surveillance juridique des aliénés internés dans les hôpitaux psychiatriques, rejette l'inspection dans la forme prévue aux articles 22—35, condamne le contrôle exécuté par des non-spécialistes, et demande le contrôle spécial, exécuté par des inspecteurs-psychiatres, qui seraient de même compétents dans les questions discutables quand il s'agit d'internement forcé du malade pour raisons psychiatriques.

Enfin l'auteur cite des exemples de règlements formulés selon sa propre conception, qui prévoient l'inspection des hôpitaux psychiatriques par des inspecteurs-psychiatres.

Z Krajow. Zakładu Psychjatr. Dziekanka. Dyr, Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

STANOWISKO PSYCHJATRY I LEKARZA-WYCHOWAWCY WOBEC NAJNOWSZEGO PROJEKTU PRAWODAWSTWA DLA NIELETNICH PRZESTĘPCÓW W POLSCE

napisał

J. GAWROŃSKI.

Referat zgłoszony na VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie dnia 26, 27, 28 maja 28 r.

Intensywność i ekstensywność badań nad istotą dziecka w wieku XIX-tym, słusznie stąd zwanym stuleciem dziecka, sprawiła, że i świat prawniczy w ostatnich dziesięcioleciach wspomnianego wieku oraz w wieku bieżącym zmienił swoje, średniowieczem tchnące, poglądy na przestępczość nieletnich i zreorganizował postępowanie sądowe zarówno w krajach cywilizowanych Europy oraz Stanów Zjednoczonych i Australji, wychodząc z podstawowego założenia, że „represja karna wobec nieletniego nawet w formie złagodzonej"[1]) jest bezcelowa i szkodliwa.

Nie we wszystkich jednak krajach europejskich koła prawnicze zastosowały tę słuszną i jedynie miarodajną w prawodawstwie dla nieletnich zasadę w całej jej rozciągłości tak, jak na to zasługuje natura „przedżycia" człowieka[2]), to jest okres jego rozwoju, ale poczyniły ograniczenia w stosowaniu tej zasady zależnie od wieku dziecka, od stopnia jego świadomości przy dokonywaniu przestępstwa, czyli t. zw. „rozeznania" przestępstwa, stosując na niekorzyść dziecka „środki represyjne w zakładach poprawczych". Kiedy więc Belgja, Wielka Brytanja, Holandja, Kraje Skandynawskie, Szwajcarja oraz Stany Zjednoczone i Australja uznały odpowiedzialność karną dopiero od 20-go roku życia, a więc uwolniły człowieka w okresie jego dziecięctwa i dojrzewania od represji, wypływających z zemsty społecznej i zastosowały

[1]) Orzeczenie zamknięte w cudzysłowie cytowane jest z projektu prawa o sądach dla nieletnich w Polsce.

[2]) Pojęcie „przedżycia" zastosowane jest w tym referacie jako oznaczenie okresu rozwojowego dziecka od urodzenia do dojrzałości w przeciwstawieniu do pojęcia „życie" — okresu bytowania człowieka dojrzałego.

tylko odpowiednią opiekę i wychowanie, bo względem dziecka tylko te zabiegi są jedynie wskazane, w innych krajach jak Francji, Węgrzech, Niemczech, Austrji i Rosji ciała prawodawcze ustanowiły, że dziecko tylko do roku 13-go jest nieodpowiedzialne za przestępstwa, do dziatwy zaś od 13-go do 17-go roku zastosowały w razie rozeznania czynu przestępnego przez nieletniego specjalne represje w zakładach poprawczych. Sądownictwo nasze po osiągnięciu samodzielności państwowej w Polsce kierowało się w pierwszym rzędzie przy układaniu odpowiedniego projektu odnośnem prawodawstwem francuskiem, nie tracąc jednak z oka podstawowej zasady, że dziecko wogóle, a więc i dziecko występne, winno podlegać tylko opiece i wychowaniu t. zn., że represje i kary w zakładach poprawczych są „nietylko niedostateczne ale szkodliwe".[1]) Mianowicie pierwszy projekt podkomisji (red. prof. Mogilnicki) z roku 1920 był wzorowany na odnośnem prawodawstwie belgijskiem, a więc kodyfikujący zupełną nieodpowiedzialność dziecka do roku 18-go życia oraz wykluczenie kar do wspomnianego wieku, natomiast zastosowujący li tylko zabiegi wychowawcze i opiekuńcze. Projekt prawa o sądach dla nieletnich, uchwalony przez Komisję Kodyfikacyjną Rzeczypospolitej Polskiej 7. grudnia 1921 roku nie uwzględnił zasadniczych poglądów wspomnianej podkomisji, wzorował się raczej na prawodawstwie tych państw z Francją na czele, które przyjmują karalność dziecka w razie przestępstwa. Jednakże w artykułach i paragrafach tego projektu istnieją szerokie możliwości zamiany środków karalnych i represyjnych na opiekuńcze i wychowawcze, wskutek czego przy trafnym doborze istotnych znawców dziecka: przedstawicieli biologji wychowawczej, psychologów, psychjatrów i lekarzy wychowawców, przewidzianych przez projekt oraz przy organizacji odpowiednich dla tego celu zakładów wychowawczo - kształcących i specjalnych seminarjów resp. kursów seminaryjnych dla wychowawców i kierowników tych zakładów, przy tych wszystkich zabiegach, powtarzam, o których później mówić szczegółowiej będziemy, osiągnie się doniosłe wyniki wychowawcze i wyeliminuje się zupełnie „szkodliwe i bezcelowe" środki represyjne zakładów poprawczych, zreformuje się w myśl wymienionej zasady naczelnej obecnie zaprojektowane prawo, oraz rozbuduje się system zabiegów profilaktycznych, których celem będzie niedopuszczenie dziecka polskiego na ławę oskarżonych t. zn. zapobieganie jakiemukolwiek przestępstwu o charakterze karnym.

---

[1]) Wyrażenia wzięte z tegoż projektu prawa o sądach dla nieletnich w Polsce.

Po tych wstępnych rozważaniach, których celem głównym było wykazanie, jakie organizacje prawnicze w różnych krajach Europy i po za nią ożywiała wyżej cytowana podstawowa zasada, dalej jakie odchylenia od tej zasady na niekorzyść dziecka wprowadzone zostały w odnośnem ustawodawstwie lub też są projektowane, jak np. w naszym kraju, przystąpimy do oświetlenia tej ze wszech miar doniosłej i zawiłej sprawy z punktu widzenia psychjatrycznego i leczniczo-wychowawczego, co jest wobec mającego wejść w życie prawodawstwa bardzo na czasie. Wiemy wszyscy, że wśród dziatwy i młodzieży przestępczej jest znaczny procent psychopatów, obciążonych dziedzicznie, a więc pochodzących z rodzin, w których zdarzyły się w szeregu pokoleń wypadki zaburzeń psychicznych, znamy też tablice gienealogiczne, które są klasycznym obrazem splatania się we wielu generacjach zwyrodnień psychicznych, neuro-psychicznych i przestępstw oraz zbrodni różnego rodzaju, popełnianych już w wieku dziecięcym. Ten fakt nastręcza nam konieczność udziału psychjatrów w sądach dla nieletnich oraz w komisjach, przygotowujących sądom materjał rzeczoznawczy o nieletnich przestępcach. Jeżeli dziś zachodzą często rozbieżności w zapatrywaniach prawników i psychjatrów na dorosłego delikwenta-psychopatę i psychotyka, który za poważne przestępstwo zasiada na ławie oskarżonych, cóż dopiero za różnice w poglądach zachodzić mogą tam, gdzie psychoza kiełkuje dopiero w ustroju dziecięcym i dzięki tym nieuchwytnym dla laika zboczeniom powstaje w rozwijającej się zaledwie duszy dziecka stadjum zarodkowe czynu przestępczego. W przypadkach sądowych, nastręczających wątpliwości co do stanu chorej duszy u dorosłych, zespół sędziów decyduje o poddaniu podsądnego obserwacji psychjatrycznej, w wypadkach zaś przestępstwa nieletnich, każdy przypadek winien być z wyłuszczonych racyj zbadany przez psychjatrę resp. neuro-psychjatrę. Tymczasem art. 38, § 2 projektowanego prawa orzeka, że w razie potrzeby sędzia zarządzi badanie lekarskie, t. zn. że sędzia, a więc laik w sprawach psychjatrycznych, ma rozstrzygać o potrzebie badania lekarskiego materjału dziecięcego, gdzie conajmniej połowa przestępstw powstaje na tle chorobowem. — Faktem jest też, że niepomyślne warunki środowiska sprzyjają rozwojowi różnych zboczeń, wad i nałogów u dzieci, a te niekorzystne warunki najczęściej występują w rodzinach, gdzie są psychopaci lub neuropaci, syfilitycy, alkoholicy, narkomani, chorzy psychicznie, dziwacy i t. p. osobniki, dalej w małżeństwach niedobranych, wreszcie wśród dziatwy nieślubnej lub sierot, zdanych na opiekę osób obcych

lub przytułków, często też w atmosferze szkolnej, skupiającej elementy nieletnich z różnych sfer społecznych i pozbawionej tak niezbędnych dla dziecka czynników wychowawczych, w końcu w środowisku więziennem, w którem, niestety, dziecko występne zmuszone jest obcować. — Jest to wielkie pole badań dla t. zw. patologji pedagogicznej, mągące wydobyć na jaw wiele chwastu dziecięcego, skłonnego do czynów asocjalnych i zaprawiającego się w występnem środowisku do przestępstw różnego rodzaju. Jest to dziedzina działalności lekarza-wychowawcy, który, opierając się na uznanej dziś prawdzie, że wadliwe warunki materjalne i moralne środowiska muszą się odbić z konieczności na zdrowiu fizycznem i duchowem dziecka oraz na spaczeniu jego charakteru, winien być stałym rzeczoznawcą w sądach dla nieletnich, poddawać ścisłemu badaniu wpływy wychowawcze środowiska, w jakiem dziecko przebywało i wydawać swoją opinję o ich wpływie na przestępczość dziecka. Dochodzenia specjalne powyższych rzeczoznawców winny być uzupełniane w każdym wypadku badaniami somatycznemi, antropologicznemi, psycho-biologicznemi w specjalnie na ten cel urządzonych poradniach i wyniki tych dochodzeń, dających gwarancję ścisłości naukowej, przedłożone sędziemu nieletnich, staną się dla niego podstawą do wydania wyroku, który będzie w takim razie sankcją zabiegów leczniczo-wychowawczych, a nie karzącą represją wobec dziecka-przestępcy. Sędzia dla nieletnich, opierając się w każdym wypadku przestępstwa ze strony dziecka na wszechstronnej opinji poradni, złożonej z psychobiologów, psychjatrów i lekarzy-wychowawców, będzie zmuszony wtajemniczać się w chorą duszę resp. w nienormalne środowiska nieletniego przestępcy, przez co uniknie wyroku niesprawiedliwego, powołującego do życia środki represji, natomiast zastosuje środki wychowawcze, jak usunięcie z gorszącego środowiska, doskonalenie charakteru i podniesienie poziomu moralnego przez wychowanie socjalne w odpowiednich zakładach wychowawczych dziatwy, objawiającej skłonności do przestępstwa, aby nie stała się w późniejszym życiu ciężarem i zakałą społeczeństwa. Projekt prawa o sądach dla nieletnich w art. 4 orzeka, że jeżeli ze względu na charakter nieletniego i okoliczności czynu sąd uzna, że zastosowanie środka poprawczego nie jest celowe, mocen jest odstąpić od umieszczenia w zakładzie poprawczym pomimo stwierdzenia, iż nieletni popełnił z rozeznaniem czyn, zabroniony pod groźbą kary i w tych wypadkach sąd mocen jest także zastosować środki wychowawcze. Powyższy artykuł otwiera i toruje drogę do daleko idących ograniczeń w stosowaniu środ

ków represyjnych, natomiast do rozszerzenia zakresu wpływów wychowawczych, ale stać się to powinno pod tym warunkiem, że wyżej wspomniany artykuł 38 § 2 projektu prawa przyjmie brzmienie następujące: „w każdym wypadku przestępstwa u nieletniego dziecka poddawane będzie szczegółowemu badaniu komisji lekarskich w składzie wyżej wymienionym a więc złożonych z psychobiologów, psychjatrów, lekarzy-wychowawców, lekarzy higjeny społecznej, z prawem kooptacji potrzebnych dla danego wypadku specjalistów w celu zabrania jaknajwszechstronniejszego materjału o somapsychicznym stanie odnośnego dziecka oraz przyczyn i okoliczności zewnętrznych, towarzyszących jego przestępstwu“. Przy poradniach winny się znajdować internaty obserwacyjne rodzaj domów rodzinnych, o specjalnej organizacji, gdzie dziecko winno być poddawane dłuższej obserwacji przez powyższych rzeczoznawców (4) (obacz uwagę 4-ą na str. 6-ej). Bez piśmiennego i wyczerpująco opracowanego orzeczenia poradni, sędzia dla nieletnich nie przystąpi do sądzenia sprawy. Działalność poradni będzie wobec małoletnich przestępców równoważnikiem postępowania śledczego, wykluczonego słusznie w myśl art. 36, § 1 projektu o sądach dla małoletnich a praktykowanego z konieczności w sądach dla przestępców dorosłych. Materjały badawcze, zebrane w poradniach, będą cennym przyczynkiem do ustalenia istotnych przyczyn przestępstw u małoletnich i staną się nietylko niezbędnemi dokumentami dla odnośnych sądów jako podstawy do wydania sprawiedliwego wyroku, ale rozszerzając i pogłębiając widnokręgi anamnestyczne, djagnostyczne i prognostyczne, rozbudują stopniowo system profilaktyki psychicznej wobec dziatwy, objawiającej już w pierwszych okresach swego życia zarodki przyszłych przestępstw. Otaczając nadto dziatwę powyższych kategorji wyposażoną przez bogate w doświadczenia poradnie biosferą leczniczo-wychowawczą w specjalnych zakładach, stworzonych przez komitety wykonawcze, zdołają osiągnąć wyniki, dzięki którym sądy dla nieletnich zredukują z czasem swoją działalność do minimum, a nawet wraz z t. zw. zakładami poprawczemi mogą się stać w przyszłości przeżytkiem. Tak pojęte poradnie dla sądów odnośnych jako instytucje badające wszechstronnie źródła i okoliczności przestępstw u małoletnich muszą z natury rzeczy w zebranym z całą objektywnością materjale wskazywać sądom środki leczniczo-wychowawcze, odradzające dziatwę przestępczą, Radzie zaś Głównej Wyższej, Towarzystwom Opiekuńczym i Komitetowi Wykonawczemu, przewidzianym w rozdziale VIII. odnośnego projektu prawa, przedstawiać będą zasadnicze

postulaty, domagające się realizacji zabiegów profilaktycznych celem niedopuszczania u dziecka czynu przestępnego. W dziedzinie środków odradzających dziatwę występną, jedynie wskazanemi są zakłady leczniczo - wychowawcze typu rodzinnego i społecznego, których zabiegi poprawiające charakter i kształcące umysł dziecka, posiadałyby wszystkie cechy t. zw. szkoły nowej, twórczej, propagowanej przez Międzynarodowe Towarzystwa Wychowania Nowego.[1]) Posiadając owe zasadnicze znamiona racjonalnego wychowania, zakłady powyższe musiałyby być przystosowane do wykolejonej natury dziecka-przestępcy, stwarzając wychowawcze środowiska narodowe, będące odbiciem ideologji polskiej.[2])

W dziedzinie postulatów profilaktycznych, które wyłonią się niezawodnie z poradni przy sądach dla nieletnich, ograniczymy się aby nie rozszerzać ram referatu do najważniejszych.

1) Nie należy czekać na smutny fakt czynu przestępnego u dziecka, ale stosować od najwcześniejszego wieku życia przymusowe wychowanie dziatwy, pochodzącej z rodzin psychopatycznych, cieleśnie i moralnie zdegenerowanych, asocjalnych, uprawiających włóczęgostwo, żebractwo, prostytucję, pijaństwo i t. p., w specjalnie na ten cel tworzonych zakładach leczniczo-wychowawczych.

2) Kierować się zasadą, że im dziecko jest bardziej dotknięte przez obciążającą je dziedziczność oraz zwyrodniałe warunki najbliższego otoczenia, tem środki odradzające, ujawniające się w pierwszym rzędzie w zabiegach higjenicznych i leczniczo-wychowawczych, winny być bardziej intensywne i bardziej indywidualizujące, aby nie tylko zniwelować niedomogi odziedziczone i zapobiedz krzywdzącym dziecko warunkom środowiska, ale aby spotęgować w nadwątlonym organiźmie uodparniające energje somapsychiczne[3]).

3) Nie ograniczać badań w zakresie etjologji, somatologji i psychologji wchodzącego tu w rachubę dziecka, ale badać całą biosferę, w której się ono zrodziło i w której wegetuje.

---

1) Międzynarodowe Biuro Szkół Nowych założone w Genewie 1899 r. Bureau International des Ecoles. Genève, Chemin Peshier 10.

2) Typ takiej instytucji wychowawczo-kształcącej o charakterze narodowym przedstawiony jest w pracy: Dr. J. Gawroński. Szkoła Odrodzenia. Wydawcy Fiszer i Majewski Poznań 1925.

3) Pojęcie „somapsychiczne" zastosowane jest jako synteza określeń „fizyczne, umysłowe i moralne" dla uwydatnienia zcalonej przez przyrodę a więc integralnej i nierozerwalnej łączności tych trzech kategorji zjawisk życiowych.

4) Rozszerzyć zabiegi higjeny psychicznej do zakresu, jaki obejmuje dziś higjena cielesna, t. j. otoczyć już matkę noszącą płód, rokujący możliwość somapsychicznego upośledzenia, odpowiedniemi warunkami profilaktycznemi.

5) Wprowadzić do omawianych powyżej badań i zabiegów dotychczasowe już dostatecznie ustalone zdobycze na polu eugeniki i na tem podłożu rozstrzygnąć sprawę zapobiegania porodom w małżeństwach somapsychicznie zwyrodniałych, które zapoczątkowują całe rody jednostek ze znamionami ciężkiego i niepoddającego się wpływom profilaktycznym i leczniczym upośledzenia.

Na zakończenie pozwalam sobie nadmienić, że za granicą, szczególnie we Francji, na prawodawstwie której wzorował się polski projekt o sądach dla nieletnich, budzi się także opinja w sferach lekarskich i prawniczych o konieczności wprowadzenia stałych ekspertów przy sądach dla małoletnich z grona tych specjalistów, którzy zajmują się badaniem somapsychicznych właściwości dziecka, zarówno normalnego i jak nienormalnego, a to dla wszechstronnej oceny przyczyn i warunków przestępstw u dzieci oraz tej biosfery, w której one powstały, co jedynie umożliwi sędziom ferowanie sprawiedliwych orzeczeń, opierających się na głębszych przesłankach w stosunku do dziecka podsądnego.

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

POINT DE VUE PSYCHIATRE ET MEDECIN-PEDAGOGUE PAR RAPPORT AU PLUS RECENT PROJET DE LOIS POUR MINEURS - DELINQUANTS EN POLOGNE.

Par
JULES GAWROŃSKI.

L'auteur commence par la remarque, que l'opinion des juristes sur les délits des mineurs a subi une modification profonde vers la fin

4) Różnorodność przestępstw u dzieci nie wymaga aby w każdym wypadku przestępczości dziecięcej potrzebna była ekspertyza wszystkich wyżej wymienionych specjalistów. Od Komitetu Wykonawczego przy Radzie Głównej, w skład której powinien wchodzić obowiązkowo lekarz-wychowawca lub jeden z pomienionych specjalistów zależeć będzie ukonstytuowanie Komisji badawczej, która obradować winna pod przewodnictwem lekarza-wychowawcy, lub lekarza hygjeny społecznej, zarządzającego poradnią oraz instytutem obserwacyjnym przy takowej.

du XIX siècle et que la réorganisation de la procédure judiciaire, effectuée par suite de ce changement dans le monde civilisé découle du principe fondamental, que toute répression pénale envers le délinquant mineur, même dans une forme atténuée, devient nuisible et n'atteint pas son but. Après avoir souligné certaines différences fondamentales, qui se rencontrent en ce moment dans la législation pour mineurs dans différents pays de l'Europe et au delà, l'auteur caractérise le projet de la dite législation en Pologne et émet les postulats suivants:

1. Vu que la majorité des délinquants mineurs se récrute parmi les jeunes psychopates héréditaires provenant d'un milieu immoral et asocial, il est de toute nécessité que des psychiatres et des médecins-pédagogues participent constamment comme experts aux débats judiciaires.

2 Qu'un examen complet de l'enfant au point de vue somatique, anthropologique et psychobiologique soit effectué à des stations spécialement organisées à cet effet et conduites par des psychobiologues, des psychiatres et des médecins-pédagogues.

3. Que ces stations soient munies d'internats comme postes d'observation, pour y entourer immédiatement l'enfant d'une protection raisonnable et faire une connaissance approfondie du naturel de l'enfant délinquant.

4. Que le juge pour mineurs procède dans chaque cas particulier à juger l'affaire et à prononcer l'arrêt sur base de l'opinion des stations sus-dites qui donneraient une garantie d'exactitude scientifique, car c'est le seul moyen de parvenir à des arrêts justes et de choisir les moyens propres au relèvement somapsychique de l'enfant délinquant.

5. Que ces postulats soient insérés dans les paragraphes de la loi projetée.

En terminant, l'auteur présume que les stations contribueront à découvrir les causes essentielles des délits chez les mineurs et à construire un système prophylactique c'est-à-dire un ensemble de mesures curatives et éducatrices visant à prévenir les délits chez les enfants. Enfin, il indique les plus importants problèmes de prophylaxie que les dites stations devraient entreprendre en premier lieu.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr. med, Dr. fil. Al. Piotrowski.

ZABURZENIA CZUCIA POWIERZCHOWNEGO W EPILEPSJI.

DR. HENRYK ZAJĄCZKOWSKI, lekarz asystent.

Referat wygłoszony na VIII. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie dn. 28. V. 28.

Sprawę zaburzeń czucia powierzchownego w epilepsji poruszał już swego czasu Muskens, następnie Maes-Claude, Balint, Sträuszler i inni. Sprawa ta zdaniem naszem ma duże znaczenie praktyczne i pod tym względem wyniki badań w tym kierunku nie są dostatecznie wyzyskane. Pomimo to, że mamy w zakładzie stukilkudziesięciu epileptyków, jednak ze względu na stan ich psychiczny, mogłem jedynie badanie moje przeprowadzić tylko u 23-ch chorych, którzy również wszyscy mieli prócz napadów kurczowych, dość znaczne zaburzenia psychiczne. Wszystkie obserwowane przezemnie 23 przypadki epilepsji, należy zaliczyć do grupy padaczki swoistej i żadnych cech padaczki symptomatycznej nie udało się w przypadkach tych stwierdzić. Z obserwowanych 23 pacjentów—10 było mężczyzn, 13 kobiet; wiek ich wahał się od lat 18-tu do 51; przeważnie byli to wszyscy chorzy, którzy już od dłuższego czasu, bo od paru lub kilku lat cierpią na padaczkę.

Zanim przejdę do opisania wyników przeprowadzonych badań, chcę opisać metodę badania, którą się posługiwałem.

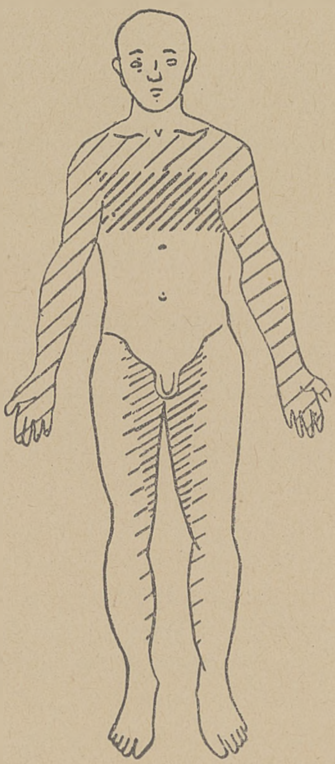
Badanie czucia dotykowego przeprowadzałem przy pomocy pędzelka, dotykając nim pacjenta, któremu uprzednio poleciłem zamknąć oczy i liczyć ilość dotknięć, lub markować odczuwane dotknięcia przez powiedzenie słowa: tak. Granice odczuwania lekkiego dotknięcia oznaczałem na kontrolnej zdrowej osobie, zwykle na pielęgniarzu lub pielęgniarce.

Badanie czucia na ból, przeprowadzałem przy pomocy szpilki na całym ciele, systematycznie posuwając się od dołu ku górze i kłując zawsze z jednakową siłą. Reakcję bólową notowałem z zachowania się pacjenta, z odruchów obronnych, drgnień, wykrzykników, cofania się itd. — przyczem pacjent miał również zamknięte oczy. Następnie dopiero poleciłem pacjentowi, aby zaznaczał gdzie czuje silne ukłucie, badając porównawczo zakresy skóry, gdzie poprzednio zauważyłem już silniej-

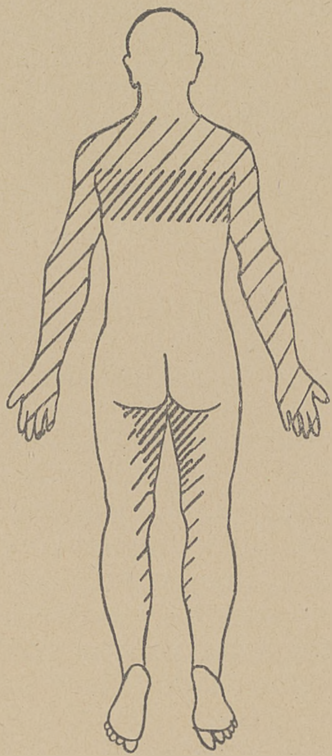
szą reakcję, z okolicami, z których pacjent reagował słabiej. Prosiłem pacjenta, aby słowem „więcej“ oznaczał moment, w którym ukłucie szpilką stanie się bardziej bolesne i w ten sposób oznaczałem granice przeczulicy na ból. Badania czucia przeprowadzałem na chorych w najrozmaitszych stadjach okresu międzynapadowego, często tuż po, lub przed napadem — niektóre zaś w przerwie paro lub kilkotygodniowej między napadami.

W poszczególnych przypadkach badałem czucie pacjentów wielokrotnie, w zależności od czasu dzielącego moment badania od napadu.

Chciałem jeszcze zaznaczyć, że wszyscy obserwowani przezemnie pacjenci, przez cały czas obserwacji nie byli leczeni żadnemi środkami chemicznemi, a jedynie djetetycznie i higjenicznie.



RYC. 1



RYC. 2

We wszystkich badanych przypadkach znalazłem dość znaczne zaburzenia czucia na ból w postaci hyperalgezji, przy braku zupełnym, lub minimalnych zmianach czucia dotykowego.

Wzmożoną wrażliwość na ból znajdowałem w postaci pasów symetrycznych po obu stronach ciała, odpowiadających zakresom skóry unerwianym przez korzonki czuciowe odcinków rdzenia: grzbietowego od I-go do IV-go i na kończynach dolnych — odcinkom rdzenia od lędźwiowego V-go do I-go krzyżowego.

Wyżej opisane zaburzenia ilustruje rycina 1-sza i 2-ga, na których miejsca kreskowane oznaczają zakresy obserwowanych przeczulic bólowych.

Intensywność tej hyperalgezji znacznie się różniła w poszczególnych przypadkach i wahała się od zaledwie zaznaczonego przez chorego, żywszego odczuwania ukłucia szpilką, do bardzo żywej przeczulicy, wywołującej u pacjenta szereg energicznych odruchów obronnych. U wszystkich pacjentów rozległość pól przeczulicowych i intensywność odczuwania podniet bólowych, podczas powtarzanych w odstępach parodniowych badań, znacznie się różniła, jak to poniżej dokładniej opiszę — i wszędzie dawała się zauważyć zależność rozmiaru zaburzeń czucia powierzchownego, od czasu dzielącego moment badania od chwili pojawienia się nowego napadu kurczowego.

Muszę nadmienić, że opisanej przez Muskensa u epileptyków hypoalgezji w żadnym z badanych przezemnie przypadków nie znalazłem.

Z badanych 23 przypadków, u sześciu pacjentów znalazłem hyperalgezję w obrębie skóry kończyn górnych i górnej części tułowia, aż do linji poziomej, przebiegającej nieco poniżej sutków i takąż hyperalgezję w postaci klinów na wewnętrznych stronach ud, ostrym końcem klina schodzących aż do połowy podudzi. Przeczulica ta była w tych przypadkach dość silnie zaznaczona. W czternastu przypadkach zauważyłem przyczulicę w postaci pasa od 5 do kilkunastu centymetrów szerokiego, przebiegającego poziomo na wysokości sutek, oraz na udach w postaci wyżej wymienionych klinów. W pozostałych trzech przypadkach znalazłem jedynie przeczulicę na ból w obrębie kończyn dolnych, w postaci wyżej opisanych klinów, po wewnętrznej stronie ud, a na tułowiu żadnych zmian czucia na ból nie mogłem stwierdzić.

U czterech z obserwowanych pacjentów, którzy się specjalnie, ze względów psychicznych nadawali do przeprowadzenia dokładnego badania czucia i którzy mieli w dość regularnych odstępach czasu (mniej-więcej raz na dwa tygodnie) napady epileptyczne, badałem wielokrotnie czucie powierzchowne na ból i dotyk, w zależności od okresu czasu, od chwili badania do pojawienia się napadu kurczowego.

We wszystkich tych czterech przypadkach obserwowałem zgodnie pojawiające się rozszerzenie zon hyperalgetycznych, tak na tułowiu, jak i na kończynach dolnych, przed mającym się pojawić wkrótce napadem kurczowym; tak np. przeczulica bólowa, która poprzednio występowała w formie pasa okrężnego na tułowiu — przed napadem rozszerzała się na całą górną część tułowia i na kończyny górne. U chorych tych, przy każdorazowym badaniu czucia, zaznaczałem granice wzmożonego czucia na ból kolorowym ołówkiem na skórze.

Również i intensywność obserwowanej hyperalgezji znacznie się zwiększała, równocześnie z rozszerzeniem pól przeczulicowych. Zmiany te występowały dość wyraźnie tak, że były łatwe do zanotowania.

Przebieg opisanyc zmian w zakresie i intensywności, w spostrzeganych zaburzeniach czucia powierzchownego, był następujący: po napadzie padaczkowym przeczulica znacznie się zmniejszała, po paru dniach osiągała najmniejszą swą siłę, a następnie powoli, prawie że z każdym dniem przybierała na rozległość i natężeniu, osiągając przed nowym napadem maximum rozmiaru i intensywności. Tempo nasilania lub obniżania się tych zmian w zależności od napadów kurczowych. było w każdym z tych przypadków indywidualnie, znaczne zróżniczkowane.

Reasumując wyniki przeprowadzanych badań, doszedłem do następujących wniosków: 1) w padaczce swoistej występują zaburzenia czucia na ból w postaci hyperalgezji, w obrębie odcinków skóry, unerwionych przez korzonki czuciowe rdzenia grzbietowego od pierwszego do czwartego i odcinka rdzenia od lędźwiowego piątego do krzyżowego pierwszego; 2) brak znaczniejszych odchyleń od normy czucia dotykowego; 3) wyżej opisana hyperalgezja zmieniała się co do intensywności, w zależności od zakresu czasu, od chwili jej konstatowania do pojawienia się nowego napadu kurczowego.

Pomijając znaczenie tych obserwacji dla patogenezy padaczki, jakie mają, spostrzegane przezemnie, zaburzenia czucia powierzchownego — jakkolwiek wybitnie występujący charakter korzonkowy tych zaburzeń, jest nader zastawiający — chcę tylko podkreślić znaczenie praktyczne wyników tych badań.

Spostrzeżenia te, jakkolwiek przez dość krótki czas prowadzone i stosunkowo na niewielkim bardzo materjale, są jednak zachęcające do dalszej w tym kierunku pracy, gdyż rokują nadzieję, że na tej drodze znajdziemy jeden ze wskaźników dość ściśle określonych, zwiastujących pojawienie się nowego napadu kurczowego. Naturalnie, że

wskaźnik ten trzeba będzie w każdym nowym wypadku epilepsji empirycznie oznaczać i dopiero po dłuższym i wielokrotnym badaniu zaburzeń czucia powierzchownego u danego epileptyka, będzie można z tego wskaźnika naprawdę korzystać.

Bardzo ważnem jest bowiem, przy leczeniu padaczki, możliwie dokładne oznaczenie pojawienia się nowego napadu kurczowego, aby zwiększeniem dawek bromu czy luminalu, przeciwdziałać jego wystąpieniu.

W ten sposób, kontrolując stale rozległość zakresu występującej hyperalgezji u epileptyka, możemy przeciwdziałać zjawianiu się nowych napadów kurczowych i osiągamy tem samem wzniesienie się progu pobudliwości chorego na bodźce wywołujące padaczkę; stanowi to jedno z głównych zadań, często jedynie osiągalne, w leczeniu epilepsji.

Chciałbym jeszcze na zakończenie podziękować panu dyrektorowi dr. Piotrowskiemu za łaskawe uprzystępnienie mi materjału chorych do badania i za cenne jego w tym kierunku wskazówki.

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

LES PERTURBATIONS DE LA SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE DANS L'ÉPILEPSIE.

Par le
DR. HENRI ZAJĄCZKOWSKI.

L'auteur présente les résultats de ses recherches sur la sensibilité superficielle dans l'épilepsie, faites sur 23 malades dans les périodes intraparoxystiques. Chez touts ces malades il a trouvé une hyperalgésie en forme de ceinture environnante le corps et en forme de pointes intérieures sur les cuisses. En outre, l'auteur a constaté le changement de l'étendue de ces zones hyperalgésiques, en rapport avec le moment de l'apparition des crises épileptiques. Avant l'accès ces zones se dilatent et l'intensité de l'hyperalgésie augmente visiblement — après la crise, ces phénomènes diminuent.

L'auteur propose de profiter des résultats de ces observations et d'utiliser ce symptôme assez exacte de l'approche d'une nouvelle crise épileptique. Le fait, qu'on peut préciser l'approche de la crise — est très important dans la thérapie de l'épilepsie, car il permet d'affaiblir ou d'éviter la crise en appliquant des médicaments spécifiques et par conséquence d'élever le seuil de l'excitabilité convulsive chez le malade.

Krajowy Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. fil. Al. Piotrowski

EPILEPSJA A KODEKS KARNY

podał
O. BIELAWSKI.

Referat zgłoszony na VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie w d. 27, 28, 29 maja 28 r.

Jak doniosłe znaczenie dla kryminologa mieć musi padaczka, wnioskować można z faktu, że już Lombrozo, genjalny twórca Pozytywnej Szkoły, rzucając pojęcie przestępcy urodzonego, — miał przez to na myśli ni mniej ni więcej, jak typ psychicznego zwyrodnienia padaczkowej natury, typ, według jego mniemania, zasługujący na szczególne wyróżnienie wśród grup przestępstw wyrastających z biologicznego podłoża.

Statystyki kryminalno-psychjatryczne doby dzisiejszej stwierdzają zgodnie, że padaczka, — obok rozlicznych postaci niedorozwoju umysłowego, — liczebnie jest najsilniej reprezentowaną wśród zachorzeń psychicznych stwierdzanych u podsądnych przy expertyzie.

Wymowniejszemi jeszcze są zestawienia statystyczne, jeśli się porównywa wyniki, dokonanych pod kątem psychopatologicznym, badań ***wszystkich*** więźniów któregoś zakładu poprawczego wzgl. karnego. Wtedy, jak to stwierdzał również piszący te słowa*), zwyrodnienie padaczkowe, wśród innych rodzajów degeneracji, niedorozwojów i aberacji od psychicznej normy, wystąpi wprost jako dominujący czynnik upośledzenia psychicznego przestępcy.

Zjawisko to jest godne uwagi badacza. Każe ono myśleć, że padaczka, zwłaszcza zaś towarzyszące jej zazwyczaj ciężkie psychiczne zwyrodnienie**), tworzy warunki, które nastawiają obciążonego specjalnie przeciw społeczeństwu i ustalonym urządzeniom społecznym wzgl. utrudniają mu możność osiągnięcia potrzebnej, dla dostosowania się do obowiązujących karno-prawnych norm, plastyczności czynników psychicznych.

---

*) W więzieniu sądowem w Gnieźnie w latach 1926—1928.

**) Nadmienić tu należy, że czyny karalne popełniane przez epileptyków wśród zamroczenia świadomości, zamroczenia orjentowanego, abscence'u i t. p., innemi słowy — w t. zw. wyjątkowych stanach, — są stosunkowo rzadkie, gros bowiem przestępstw zostaje dokonane przy zachowanej świadomości epileptyka.

Z uwagi na refleksje powyższe zagadnienie poczytalności epileptyka nabiera specjalnego zainteresowania.

Na uboczu pozostawimy wszelkie stany zwane równoważnikami psychicznemi tudzież stany odurzenia i bredzenia oraz moment znacznego otępienia władz umysłowych, jako że czyny karalne popełniane we wzmiankowanych dopiero co warunkach psychicznych pociągają za sobą ***bezsprzecznie*** uchylenie odpowiedzialności ich sprawców a to — z tytułu niepoczytalności tychże. Po za tem jeszcze stwierdzamy u epileptyka cały szereg ***trwałych*** zboczeń psychicznych oraz cech wypaczenia charakteru — dotykających nieomal każdej dziedziny duchowego życia — anomalje, które zwykliśmy określać mianem chorobowej konstytucji i degeneracji padaczkowej.

Uprzytomnijmy więc sobie niektóre z pomiędzy tych symptomów, analizując je pod kątem ich ewentualnego wpływu na karalne działania:

Epileptyk przedstawia typ umysłowości zewnętrznej: wzmożenie percepcji z jednej strony, a ociążałość, nieściłość i mitrężność — przy intelektualnem opracowaniu zdobytego przez doświadczenie materjału — z drugiej.

Żmudność, powolność i niejasność w myśleniu epileptyka utrudnia mu w znacznym stopniu możność korzystania z przyswojonych wiadomości tak, że te ostatnie leżą niejako odłogiem ***a napozór*** światły, społeczny i etyczny osobnik, dopuszcza się czynów, których charakter musiałby niezawodnie zaprzeczyć istnienia wzmiankowanych dopieroco duchowych zalet kulturalnego człowieka. Epileptyk bowiem jest często moralnym i społecznym idjotą mimo że drogą wychowania ***formalnie*** zdobył wszelkie wiadomości potrzebne do wytworzenia pojęć zarówno etycznych jak i socjalnych.

Jeśli chodzi o fakt dokonania jakiegoś czynu, znajdującego się na indeksie kodeksu karnego, to osobnik dotknięty zwyrodnieniem psychicznem padaczkowej natury, zazwyczaj rozpoznaje czyn i jego znaczenie. Owe atoli rozpoznanie i zrozumienie znaczenia czynu jest nawskroś ***powierzchowne*** i formalne, obdarte więc z wielu, jeśli nie wszystkich, elementów psychicznych towarzyszących ***normalnie*** takiemu procesowi poznawczemu.

Pierwiastkami psychicznemi, które towarzyszyć zwykły procesowi uświadamiania następstw działania są w pierwszym rzędzie liczne kojarzenia na temat etycznych i społecznych refleksji oraz towarzyszące im uczuciowe przydźwięki sympatji, współczucia dla bliź-

nich, poczucia odrazy i niepokoju przy wyobraźni o ich krzywdzie, lęku przed myślą o dolegliwościach grożącej kary itp. Epileptykom braknie tak często właśnie owego, jeśli się tak można wyrazić, *uczuciowego zrozumienia*)* sucho-intelektualnie rozpoznanych przez nich skutków przestępczego działania. A wszakże uczucia właśnie kierują ludzkiem działaniem. Tu jednak na miejsce uczuć, które są zwykle przywiązane do społeczno-etycznej oceny działania — a więc niezbędnych do tego, by kierować się nakazami porządku społecznego, — rządzą uczucia pierwotne towarzyszące wyładowaniu się zwierzęcych popędów i — instynktownemu działaniu. Kierunek ich jest wręcz przeciwny, prą one bowiem zazwyczaj właśnie ku zbrodniczemu czynowi. Takim jest u epileptyka mechanizm przestępstwa przeciw cudzej własności, zbrodnie z lubieżności, gwałty itp. Chęć posiadania, krwiożerczość i chęć odwetu — oto kierunek w którym to uczucie tenduje.

Pamiętać dalej należy, że epileptyk ustawia się w stosunku do otoczenia w sposób zupełnie inny niż jak to czyni człowiek zdrowy. Dwa ośrodki sił przyciągających zainteresowanie człowieka — *ja* oraz otoczenie — są u epileptyka pozbawione z reguły warunków wzajemnego zrównoważenia. Wszystko wszak jest tu oceniane z punktu widzenia własnej jaźni. To też działania wynikłe z tak chorobowo zmienionych kondycji wewnętrznych, siłą rzeczy narażać muszą ogół na nieustanne pomijanie jego interesów, na działania wbrew tym interesom, innemi słowy — brnięcie epileptyka w zbrodni.

Sfera uczuciowa u padaczkowego nasuwa niemniej danych dla konfliktów z kodeksem karnym. Warunkami tych konfliktów jest wybuchowość, drażliwość, przewrażliwienie i rozstrój uczuciowy a nadewszystko objaw patologiczny zwany z a l e g a n i e m   u c z u ć. Doniosłe znaczenie sądowo-psychjatryczne momentu ostatniego jest, zdaniem autora przez ekspertów niedoceniane. Oto często pod wpływem przyjętych — bądź to w sennych marzeniach, bądź też w okresie minionego stanu zamroczenia świadomości — silnie uczuciowo zabarwionych przeżyć, dopuszcza się epileptyk czynu, stanowiącego pod względem uczuciowym psychologiczne przedłużenie ówczesnych doznawań. Tak więc np. niektóre sny, afektywnie bogato wyposażone w seksualne

---

*) W tym względzie mamy tu zupełną analogję do psychologji dziecka. Dziecko wcześnie, bo już w wieku około 5—8 lat, ma rozumowo przyswojone najbardziej utarte zakazy karne. Do utrzymania równowagi w społeczeństwie braknie mu jednak jeszcze wiele, bo — uczuciowego przetrawienia, „uczuciowego zrozumienia“ ustalonych społecznych norm.

przeżycia, potrafią pozostawić epileptyka, przez czas dłuższy czuwania, pod wpływem silnych fal zalegającego uczucia, które szuka swego zmysłowego odpowiednika na jawie, wyładowując się w sposób brutalny i dziki na przygodnej ofiarze seksualnego gwałtu lub mordu z lubieżności*).

Jeżeli do wyszczególnionych dotąd psychicznych znamion zwyrodnienia epileptyków dodać pierwotną wprost wybujałość ich popędów, nie dającą się opanować przez przyswojone drogą wychowania hamulce intelektualne, — to się wówczas okaże, że właściwie k a ż d a d z i e d z i n a ż y c i a d u c h o w e g o e p i l e p t y k a, jego osobowość cała, j e s t c h o r o b o w o z m i e n i o n a i przedstawia nader poważne *ubytki* pierwiastków psychicznych tak *niezbędnych* do harmonijnego życia w społecznie zorganizowanem ludzkiem skupieniu.

Nie trudno też widzieć, że nieomal wszystkie podniesione tu psychopatyczne objawy, które zwyrodnienie padaczkowe cechują, właściwe są mentalności człowieka ery dawno minionej t. zn. znamionują cofnięcie się na drabinie ewolucji gatunku.

Czy sprawca czynów karalnych, którego psyche jest tak doszczętnie i wszechstronnie *chorobowo* przeinaczona (w porównaniu do psyche normalnego człowieka), jest poczytalny?

---

*) Powiedziane zilustrować można 2-ma przykładami z własnej praktyki sądowo-psychjatrycznej. W pierwszym przypadku nastąpiło zgwałcenie i uduszenie 5-letniej dziewczynki, dokonane przez epileptyka niezwłocznie po obudzeniu się ze snu pełnego przeżyć lubieżnych. W drugim przypadku został udaremniony sadystyczny gwałt usiłowany wkrótce po zamroczeniu. Obydwa czyny dokonane były w stanie świadomości normalnej, a wpływ zalegających uczuć na te czyny uznał trybunał za przekonywający.

Mimochodem warto tu zaznaczyć, że expertyza takich i im podobnych przypadków sądowych jest trudna. Należy też sądzić, że nieraz szczegół wpływu silnych uczuć zalegających na zbrodniczy czyn usuwa się wprost z pod uwagi biegłego zwłaszcza jeśli zamroczenie świadomości jest głębokie a powstała po niem amnezja — dość pełna. Zresztą uczucia zalegające nie zawsze mają za swe źródło opisane dopieroco stany zwężenia pola świadomości. Są to nawet przypadki dość wyjątkowe a dla expertyzy względnie łatwe. Z uwagi zwłaszcza na silną wrażliwość epileptyka, należy też pamiętać o wpływie na działania przestępne uczuć zalegających, które pochodzą z przeżyć doznanych w stanie czuwania i przy normalnej rozpiętości pola świadomości, a które na długie godziny, jeśli nie dnie, poprzedzać mogą przestępstwo samo. Do wzmiankowanych trudności expertyzy dołącza się jeszcze znany pospolicie fakt inklinacji epileptyka do fałszywych zeznań, które w jego mniemaniu ratować go mogą przed odpowiedzialnością, a które utrudniają psychjatrze tembardziej dostęp do duszy podsądnego.

Wachholc utrzymuje: „Jeżeli stan umysłowy epileptyka nie wykazuje zniedołężnienia umysłowego i jeżeli zarazem czyn, czy akt ich zaczepiony w sądzie, przypadł na okres wolny od psychoz epizodycznych, wówczas musimy przyznać im zarówno odpowiedzialność karną, jak i zdolność... i. t. d. W przeciwnym razie ocena będzie zależała od stopnia stwierdzonego upośledzenia intelektu".

Takie kryterja są jednak stanowczo zbyt szematyczne, zbyt proste. Czystem ograniczeniem się do uchylenia poczytalności jedynie w przypadkach psychoz i znacznego otępienia intelektualnego nie da się wyczerpać sądowo-karnego znaczenia padaczki.

Odpowiadać za czyny swe może człowiek jeśli one nie powstaną: wskutek działania chorobowych mechanizmów psychicznych, wzgl. — wskutek chorobowych zmian w normalnie działających mechanizmach. Jeśli natomiast stwierdzamy, że łącznie cała *osobowość* epileptyka, jak zarówno nieomal wszystkie jego chorobowo zmienione władze duchowne są takie, że *źródłując* działania, krzyżują na każdym kroku zamierzenia zdrowego ludzkiego ogółu, właśnie z przyczyny tych chorobowo działających mechanizmów, — natenczas wypadnie orzec bezwzględnie niepoczytalność takiego sprawcy.

Jeśli stwierdzamy, że każda dziedzina życia duchowego epileptyka ulega chorobowemu wypaczeniu, wzgl. wykazuje poważne znamiona wsteczne, to, rzecz oczywista, czyn w takich razach zrodzi się w sposób par excelence nieprawidłowy.

To też epileptyk o wyraźnych cechach zwyrodnienia psychicznego antyspołecznej natury winien być uznany za niepoczytalnego z reguły.

Przy roztrząsaniu zagadnienia poczytalności epileptyka z tytułu już samego, towarzyszącego tak często padaczce, zwyrodnienia psychicznego, uwydatnia się jaknajbardziej znaczenie sposobu redagowania odnośnego przepisu o niepoczytalności. Istotnie, jeśli wzmiankowaną formułą zamykają wyrazy odpowiadające psychologicznym pojęciom ograniczenia, wykluczenia lub uchylenia zdolności do kierowania się swoją wolą, — natenczas biegły nie będzie miał trudny, by przekonać sąd (wzgl. prokuraturę i sędziego śledczego), że ciężki epileptyk-degenerat za czyny swe przed społeczeństwem nie odpowiada*). Natomiast jest fizyczną niemożliwością

*) To też, wśród kazuistyki orzecznictwa sądowo-psychjatrycznego w państwie, gdzie przepis taki obowiązuje, jak np. w Niemczech (por. Huebner, Birnbaum, Wulffen) znajdziemy dużo tego przykładów.

udowodnienie niepoczytalności sprawcy — o wyszczególnionym psychopatologicznym podmiocie — przed sądami kierującemi się, przy ocenie znamion uchylających poczytalność, formułą wymagającą udowodnenia niemożności rozpoznania znaczenia czynu. *).

Rzecz oczywista, że sposób dobrania psychologicznych wyrazów mających składać się w kryterjum niepoczytalności — w różnych państwach różny, a u nas odmienny w każdej dzielnicy — odbija się na charakterze wniosków orzeczeń psychjatrycznych, odbija się tem samem na wyrokach sądowo-karnych. To też w związku z oczekiwaną unifikacją sądownictwa karnego w Polsce, jeżeli przyjętą zostanie zaproponowana przez K.K. Rz. P. formuła o niepoczytalności, oczekiwać należy, że niejeden sprawca z pomiędzy zaszeregowanych dziś (w b. dzielnicy pruskiej) do grupy „nieodpowiedzialnych z powodu zakłócenia władz psychicznych", — wyrokiem karnego trybunału przeniesiony zostanie na wręcz przeciwny biegun sądowej oceny czynu i uznany za zbrodniarza, jako że zdołał on jednak — aczkolwiek tylko formalnie i na swój sposób — „rozpoznać znaczenie zamierzonego czynu".

Przy sposobności omawiania stosunku epileptyka do ustawy karnej nie od rzeczy będzie poruszyć wychowawcze znaczenia kary u osób dotkniętych tą chorobą, czynnik aczkolwiek dziś nie decydujący jednak ważny przy wymiarze sprawiedliwości. Otóż doświadczenia czynione w lecznicach psychjatrycznych, w zakładach dla małoletnich przestępców, tudzież praktyka sądowo-karna — uczą nas, że epileptyk pod wpływem czynników korygujących zdolny jest czynić postępy zaledwo minimalne. Surowe obejście się przełożonego, represja w tej czy innej postaci działają na niego raczej jako moment ***prowokujący*** do nowych niesfornych wystąpień przeciw istniejącemu porządkowi rzeczy.

Jeżeli czynnik wychowawczy kary praktycznie tu nie wchodzi w rachubę, to pozostaje stwierdzić, że epileptyk nieomal z reguły staje się czystym objektem społecznego rewanżu za wyrządzoną społeczeństwu krzywdę a w najlepszym razie, cierpi karę w celu odstraszenia innych od czynów podobnych (tak zwana prewencja ogólna). Znaczenie bowiem momentu unieszkodliwienia na czas jakiś w więzieniu jest poważnie osłabione skutkiem przyjęcia tak zwanych okoliczności łagodzących z tytułu bądź co bądź stwierdzonej u podsądnego psychopatji, wpływającej zwykle na zmniejszenie czasu internowania. To też epileptyk-degenerat, jeśli nie zostaje uznany za niepoczytalnego, zasila

*) Takie kryterja m. in. zawiera art. 10 §1 projektu Polskiego Kodeksu.

jaknajwydajniej grupę recydywistów. Należy więc przywitać z największem uznaniem projektowane niektóre zmiany w naszem ustawodawstwie karnem nacechowane zrozumieniem postulatów przyrodniczych a zdążające ku bardziej humanitarnemu, indywidualnemu i praktycznemu traktowaniu przestępcy (t. zw. środki zabezpieczające, warunkowe zawieszenie kary i warunkowe zwolnienie skazanego oraz zatarcie skazania.*).

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

EPILEPSIE ET CODE PENAL.

Par
O. BIELAWSKI

L'auteur examine toutes les manifestations psychopathologiques importantes qui relèvent de la dégénérescence mentale de nature comitiale. En tenant compte ensuite des facteurs psychologiques sur lesquels le magistrat fait reposer sa conception de l'irreesponsabilité, l'auteur émet l'opinion que tout épileptique chez lequel on trouve des signes nets de dégénérescence mentale, et là où ces signes conditionnent l'acte repréhensible, doit être considéré comme irresponsable. A ce point de vue l'auteur s'écarte sensiblement de l'opinion courante des experts qui n'admettent l'irresponsabilité pour les épileptiques que dans deux cas, à savior 1) quand il existe des signes d'un affaiblissement intellectuel marqué, 2) quand l'acte a été accompli au cours d'un état second, caractérise par une obnubilation plus iu moins grande de la conscience (psychoses épisodiques de Wachholz).

---

*) Porównaj Zbiór Projektów Ustawodawczych Przeglądu Polskiego ustawodawstwa cywilnego i kryminalnego N. 1 i N. 2.

SPROSTOWANIE.

Sprostowania do artykułu Dyr. Dr. med. Aleksandra Piotrowskiego „Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie Dr. J. Bednarza, ogłoszonym w „Roczniku psychjatrycznym“ 1927. VI. Na temat: Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi w Polsce“.

(Nowiny Psychjatryczne kwart. IV. 1927.)

Sprostowania Sz. Pana Dr. Piotrowskiego oparte są chyba na nieporozumieniu. — Tak z tekstu pracy, jak również z zestawień wynika, iż w tablicy A. w rubryce „Województwa“ są podane Województwa pochodzenia chorych, nie zaś ich ulokowania w szpitalach. — Niestety nie mamy jeszcze szpitali w każdem Województwie, jak by to powino było wynikać z interpretacji Tablic A. przez Sz. Dyr. A. Piotrowskiego. — Zresztą tuż obok, w tablicy „C“ — „Stan liczebny chorych w szpitalach“ w kolumnie „Ogółem w szpitalach“ w rubryce „15 W. Poznańskie“ również figuruje owa liczba „1140 chorych“, t. j. psychicznie chorych, pochodzących z Woj. Poznańskiego, a ulokowanych w rozmaitych szpitalach Państwa (1.078 w szpit. W. Poznańskiego, 57 w szpital. Zachod. Polski oraz 5 w innych dzielnicach). Co zaś się tyczy liczby chorych, przebywających w szpitalach Woj. Poznańskiego na kuracji, to z tej samej tablicy „C“ można przekonać się, iż istotnie w Dziekance było ich 1. I. 925 — 576, w Owińskach zaś 595. — A więc te same liczby, które podaje Sz. Dyr. A. Piotrowski.

Co do etatu łóżek — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia posiadała oficjalne dane:

Dziekanka	720 łóżek
Owińska	830 łóżek
Drobne	45 łóżek
Kościan	189 łóżek
Razem	1.784 łóżek

(Kościan wtedy nie funkcjonował, jako szpital psychjatryczny, tylko na paru oddziałach byli chorzy przeważnie z Małopolski, „Karty nagłówne“ których zostały przysłane do G. D. S. Zdr.; było tych kart 189, więc i policzono 189 łóżek).

Jeżeli zaś uwzględnimy „poprawkę“ dla Zakładu w Kościanie, w owych czasach zajętego przez głuchoniemych już od lat kilku, to będziemy mieli 2.310 łóżek (720 + 830 + 715), jednak jeszcze o 225 łóżek mniej niż by chciał Sz. Dyr. Piotrowski, podług zaś moich obliczeń (śmiem przytem obstawać, bo łóżka zajęte przez inną kategorję chorych od kilku lat nie można liczyć, jako łóżka psychjatryczne funkcjonujące, proszę przypomnieć tylko „Rybnik“ i „Wejherowo“) będziemy mieli różnicę 751 łóżek. — Co zaś do roku 1927, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że podług oficjalnych danych, podanych przez Zakłady Poznańskie, a opracowanych obecnie przez Dr. W. Łuniewskiego sprawa przedstawia się jak następuje: Łóżek etatowych jest w Poznańskiem:

	M.	K.	R.
w Kościanie	200	150	350
w Owińskach	400	430	830
w Dziekance	500	500	1000
Razem	1100	1080	2180

A więc ściśle 2.180 łóżek, jak oficjelnie podały Dyrekcje zakładów (mogę służyć N. N. dokumentów) nie zaś 2.620 łóżek, jak pragnie Sz. Dyr. A. Piotrowski.

Liczba łóżek podług mojej pracy 1. I. 25.		Podług ankiety 1927 r.	
Dziekanka	720	Dziekanka	1000 łóżek
Owińska	830	—	—
Drobne	45	Owińska	830 „
Kościan	189	Kościan	350 „
Razem	1.784	Razem	2.180 łóżek

Zwiększenie otrzymano dlatego, że liczba rozporządzalnych łóżek w Kościanie zwiększyła się o 161, co jest zrozumiałe, ale i w Dziekance liczba „etatowych łóżek“ urosła o 280 w ciągu 2-ch lat, co jest mniej zrozumiałe

Tak samo nie jest dla mnie zrozumiałe dla czego liczbę łóżek etatowych w Owińskach — Dyrekcja Zakładu zawsze podaje na 830, Szan. zaś Dyr. A. Piotrowski raz na 920 (1925) to znowu na 950 (1927 rok). — Również nie podejmuję się wytłumaczyć dla czego moje liczby, jak liczby ankiety z 1927 roku, otrzymane drogą oficjalną od Dyrekcji „Dziekanki“, tak różnią się od liczb podawanych przez Sz. P. Dyr. A. Piotrowskiego w artykule.

Że Woj. Poznańskie posiada nadmiar łóżek — to wyraźnie wynika z mojej pracy. — Jeżeli odejmiemy 1.140 chorych pochodzących z Woj. Poznańskiego, ulokowanych w rozmaitych szpitalach — od liczby łóżek w tem Województwie — (Tabl. C. i tabl. B.) 1.784 — 1.140 = 644 — otrzymamy wcale pokaźną liczbę. — Nie wątpię, że i teraz nie jest gorzej. — Ale to nic niema wspólnego z liczbą chorych pozostających poza szpitalem. — Naogół przyjmują, że jakie 20%—35% zawsze w kraju pozostaje poza zakładem, ale to nie dla braku miejsc wcale. — O tych złożonych przyczynach, które na to wpływają, nie mam zamiaru mówić, by nie przedłużać „sprostowania". Liczba zaś 813 chorych, znajdujących się poza szpitalem w Wojew. Poznańskiem niestety jest oficjalnym dokumentem przezemnie tylko streszczonym na str. 46—49 „Tabl. XIV. Woj. Poznańskie". — W sprawozdaniach powiatowych podani są chorzy nawet z imienia i nazwiska, a często podany jest też i adres. —

Tu muszę zaznaczyć, że ja operowałem materjałem oficjalnym, więc zbijanie go dowolnemi twierdzeniami nie jest przekonywujące. — Nie roszczę pretensji, jak zaznaczyłem to w samej pracy, do nadzwyczajnej ścisłości tego materjału, ale śmiem twierdzić, że jest on więcej ścisły i bliższy rzeczywistości niż dowolne twierdzenia i kalkulacje. —

Wnioski Sz. Pana Dyr. A. Piotrowskego, jako oparte na „mylnych sprostowaniach" i dowolnych twierdzeniach pominę milczeniem.— Co zaś do tonu, jakim jest napisany artykuł, szczególnie jego końcowe ustępy pozostawiam sądowi kolegów. —

Dr. Józef Bednarz.

Kulparków, dnia 12. marca 1928 r.

ODPOWIEDŹ NA POWYŻSZE „SPROSTOWANIE"

1) Na stronie 67 i 68 Rocznika Psychjatrycznego 1927, VI wyraźnie wydrukowano: „Tablica A: Liczba psychicznie chorych, ulokowanych (podkreślił oponent) w szpitalach psychjatrycznych oraz pozostających poza szpitalami w dniu 1. stycznia 1925 r. w Rzeczypospolitej." Tablica wspomniana zawiera rubrykę „ulokowano w szpit.". Niema tu słowa, z któregoby wynikało, „iż w tablicy A. w rubryce = Województwa = są podane Województwa pochodzenia chorych, nie zaś ich ulokowanie w szpitalach," jak twierdzi autor Sprostowania.

2) „Co do etatu łóżek", przytoczonego przez Dra Bednarza, należy podkreślić szczegół, że „etat łóżek" podany na żądanie G. D. S. Z. przedstawiał określenie budżetowe i nie obejmował faktycznej ilości łóżek psychjatrycznych r o z p o r z ą d z a l n y c h, lecz wyrażał tylko liczbę łóżek zajętych przez chorych w chwili ustawiania budżetu. Ze względów praktycznych budżety ustalono na podstawie stanu osobowego, a stan osobowy nie odpowiadał wtedy ilości łóżek rozporządzalnych. W owych czasach budżet, ustalony na podstawie ilości łóżek rozporządzalnych, nie byłby z powodu braku pacjentów aktualny ani racjonalny. Liczba łóżek psychjatrycznych r o z p o r z ą d z a l n y c h w Poznańskiem była daleko wyższa niż liczba „łóżek etatowych" i wyrażała się cyfrą 2 787 nie dla tego, że oponent tak „by chciał" wzgl. tak „pragnie", — jak brzmi nieuzasadnione twierdzenie Dra Bednarza — lecz że taki był stan rzeczywisty, stwierdzony na podstawie ścisłych danych przedłożonych przez dyrekcje zakładów. Dr. Bednarz w swoich twierdzeniach opierał się na „etacie łóżek", a kalkulował tak, jak gdyby miał do czynienia z liczbami rozporządzalnych łóżek psychjatrycznych. Tym sposobem doszedł do wniosków błędnych, niepomyślnych dla Wielkopolski. Na stronie 74 i 77 Rocznika Psychjatrycznego 1927, VI Sz. autor „Sprostowania" twierdzi bowiem m. in., że tylko sytuacja w Wielkopolsce pogorszyła się: stosunek ilości łóżek psychjatrycznych do liczby mieszkańców zmienił się na 1 : 1103, że Woj. Poznańskie pod względem intensywności zaopiekowania się swoimi chorymi zbliża się do pewnych województw b. Kongresówki.

Tymczasem w rzeczywistości na 1 000 mieszkańców przypadło 1,29 łóżek, stosunek ilościowy łóżek do mieszkańców przedstawiał się jak 1 : 776 (obecnie 751) a nie 1 : 1103, jak mylnie twierdzi autor „Sprostowania".

Powołanie się Sz. autora „Sprostowania" na statystykę Dr. Łuniewskiego nie może zmienić stanu faktycznego.

3) Dr. Bednarz, wspominając o chorych znajdujących się poza zakładem, nie uwzględnił okoliczności, że liczne rzesze tych chorych, to chronicy, znajdujący się w schroniskach (np. schronisko w Śremie), w opiece rodzinnej u swoich i u obcych. Wszyscy ci chorzy są zarejestrowani i pozostają poza zakładem tylko dla tego, że nie potrzebują opieki zakładowej. Jest to zjawisko normalne, a nie anormalne. Dr. Bednarz przedstawił stosunki tak, że czytelnik odnosi wrażenie, jak gdyby to byli chorzy potrzebujący koniecznie opieki zakładowej, a opieki tej nie doznali, i zbliżył pod tym względem Wielkopolskę do „pew-

nych województw b. Kongresówki,“ gdzie przecież, jak wiadomo ogólnie, stosunki psychjatryczne nie są pomyślne.

4) Dla Szanownego autora „Sprostowania“ nie jest zrozumiałem, dla czego liczba łóżek w Dziekance wzrosła o 280 w ciągu 2 lat. A przecież to taki prosty rachunek. Z powodu przypływu pacjentów z innych okolic Polski uruchomiono więcej łóżek dawniej nie zajętych.

Wyjawię Szanownemu autorowi „Sprostowania“ jeszcze inną tajemnicę. Liczba łóżek rozporządzalnych w Dziekance będzie się w następnych latach nadal powiększała, albowiem niebawem powstanie tu sanatorjum dla 60—100 neurotyków i pozatem istnieje projekt wybudowania 2 pawilonów na 200 łóżek psychjatrycznych, aby tym sposobem umożliwić umieszczenie chorych z województw wschodnich, gdzie się jakoś nie zanosi na wybudowanie zakładu psychjatrycznego. Łóżka wzmiankowane nie są przeznaczone dla potrzeb Wielkopolski, która posiada nadmiar miejsc psychjatrycznych, lecz są przewidziane dla pacjentów pochodzących z innych województw. O pogorszeniu się sytuacji w Wielkopolsce mowy być nie może.

Co do Owińsk, to sprzeczność między liczbami oponenta a liczbami Dyrekcji Zakładu w Owińskach jest tylko pozorna i polega na tem, że Dyrekcja (tak samo jak i Dziekanka i Kościan) podała liczby „etatowe“ (budżetowe), bo takie liczby żądała G. D. S. Z., a niżej podpisany uwzględnił liczby łóżek r o z p o r z ą d z a l n y c h, które się zwiększyły. Przy tej sposobności wypada zaznaczyć, że Sz. autor „Sprostowania“ niesłusznie identyfikując te dwa pojęcia, gdy pisze o łóżkach rozporządzalnych (w Kościanie) i o łóżkach etatowych (w Dziekance) w równem znaczeniu, stwarza niejasności.

5) Sz. autor „Sprostowania“ doszedł do swoich błędnych wniosków o stosunkach psychjatrycznych w Wielkopolsce drogą „obliczeń“ teoretycznych, dokonanych na odległość na podstawie ograniczonych danych G. D. S. Z., w których uwzględniono tylko jedną cząstkę, nie zaś całokształt zagadnień psychjatrycznych w Województwie Poznańskiem. Natomiast niżej podpisany od 9 lat śledzi z bliska rozwój spraw psychjatrycznych w Poznańskiem, brał i bierze w nich czynny udział i zna je z własnego doświadczenia. Chyba osobista znajomość przedmiotu przedstawia gwarancję dla ścisłości „Uwag korygujących“.

Materjał Dr. Bednarza jest tylko „bliższy rzeczywistości“, jak sam autor „Sprostowania“ twierdzi; materjał ten nie oddaje jednak wiernie stanu faktycznego i dla tego nie jest ścisły. Szanowny autor

„Sprostowania" przyznaje też, że nie rości pretensji „do nadzwyczajnej ścisłości tego materjału".

W przeciwieństwie do tego, materjał oponenta jest ścisły, więc nazwanie go przez autora Sprostowania „dowolnem twierdzeniem i kalkulacją" jest nieuzasadnione.

Al. Piotrowski.

Dziekanka, 8.VI.1928.

KONGRESY.

VIII-my ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W WARSZAWIE

w dniach 27, 28 i 29 maja 1928 roku.

SPRAWOZDANIE.

ZESTAWIŁ DR. ZAJĄCZKOWSKI-DZIEKANKA.

Dnia 27-go maja 1928 roku o godzinie 9.30 prof. Mazurkiewicz zagaja VIII Zjazd Psychjatrów Polskich i wita przybyłych w imieniu Komitetu Organizacyjnego.

W słowie wstępnem z radością podkreśla, że poziom naukowy zjazdów psychjatrycznych podniósł się od lat pięciu znacznie i jako widomy wynik wspólnej pracy polskich psychjatrów wymienia dwa etapy rozwoju opieki nad psychicznie chorymi i nauki psychjatrycznej, jakimi są 1) pierwsza statystyka psychjatryczna Państwa Polskiego, 2) opracowanie projektu Ustawy o opiece nad psychicznie chorymi.

Przemówienie przyjęto gorącymi oklaskami. Następnie prof. Mazurkiewicz proponuje profesora Radziwiłłowicza na przewodniczącego zjazdu, co zostaje przyjęte przez aklamację.

Prof. Radziwiłłowicz, obejmując przewodnictwo, dziękuje zjazdowi za zaszczytny wybór i odczytuje nadesłane powitalne telegramy i życzenia, między innymi od dyrektora Piotrowskiego z Franzensbadu, od prof. Borowieckiego z Pragi, od lekarzy Dziekanki itd.

Po odczytaniu nadesłanych listów i telegramów, witają zjazd: 1) w imieniu Departamentu sanitarnego Minist. Spraw Wewn. — Dr. Adamski, 2) w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Stefana Batorego — prof. Rodziwiłłowicz, 3) w imieniu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego — prof. Piltz, 4) w imieniu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego — prof Mazurkiewicz, 5) w imieniu Szwajcarskiego towarzystwa neurologicznego — prof. Minkowski oraz 6) w imieniu Towarzystwa kryminologicznego — Dr. Nelken. Następnie przewodniczący prosi do prezydjum prof. Minkowskiego, prof. Mazurkiewicza, prof. Piltza, Dr. Rosego, doc. Morawskiego, dyr. Bednarza i dyr. Wiendlochę.

Do sekretarjatu: Dr. Dreszera, Dr. Jankowską, Dr. Wilczka, Dr. Pragera, Dr. Janusza, Dr. Pałasza, Dr. Sikorską i Dr. Sławińskiego.

Następnie zjazd przeszedł do obrad.

REFERATY

Odczyt wstępny.

Prof. Dr. R. Radziwiłłowicz (Wilno).

„Doświadczalne i pozadoświadczalne w psychjatrji".

Wartość i prawo do istnienia momentu pozadoświadczalnego w nauce, porusza w swej pracy: Krankheitslehre der Gegenwart — Herscheimer. Rzeczywistem jest to, co jest spostrzegane, jest to akt psychiczny. Przedmiotowość nie jest nigdy bezwzględną, gdyż podlega właśnie tym czynnikom podmiotowym.

Przy badaniu chorobowych stanów psychicznych wielkie znaczenie ma katamneza, to jest odtwarzanie przez ozdrowieńca wspomnień z okresu choroby.

Również usiłowanie wczucia się w przeżycia chorego, daje często pozytywne rezultaty. I tak np. wyolbrzymiając własne doświadczenia, możemy odtworzyć w sobie przeżycia w psychozie manjakalno-depresyjnej, paranoi, a nawet w stanach pomieszania. Jedynie w schizofrenji nie mamy w sobie żadnych odpowiedników; próby ze staraniem usunięcia uwagi nie dały pożądanych rezultatów. Dlatego też psychoza ta jest nam tak obcą.

Wszyscy jesteśmy w nauce realistami, zasada „contra experimentum nullum argumentum" jest nienaruszalna. Nie możemy być jednak realistami naiwnymi, musimy być krytyczni i zdawać sobie sprawę z czynników podmiotowych.

Jednakże w nauce nie możemy się ograniczać jedynie do rejestracji — musimy uogólniać, wyciągać wnioski z tych uogólnień — wkraczać w granice pozadoświadczalne. Każde jednak uogólnienie musi być sprawdzone eksperymentem. Wywód nieudowodniony jest metafizyczny — żeby się stał realnym, trzeba wynaleźć metodę do udowodnienia go. Maximum przedmiotowości daje powszechność zjawiska. Metafizyka nie jest sprzeczną z nauką doświadczalną, tylko nie może jej zastąpić. Trzeba sobie zdawać sprawę, kiedy się wkracza w granice metafizyki i jedynie bezwzględnie złą jest ta jej postać, kiedy zatracamy poczucie wkraczania w jej dziedziny. W pracach psychjatrycznych bardzo często spotyka się tę właśnie nieuświadomioną postać metafizyki. Herscheimer broni prawa „pozadoświadczalnego" w nauce. Pozadoświadczalne — jest to ten zaczyn myślowy, który powinien bujnie rozkwitnąć w naukowej pracy eksperymentalnej. Przyczynowość w psychjatrji jest przeceniana; za to celowość — niedoceniana.

Związki przyczynowe psychjatrji są niestałe i zmienne. A podstawowa zasada przyczynowości nie zawsze znajduje wyraz w życiu biologicznem. Psychjatrja powinna być „magistra vitae", dlatego celowość biologiczna powinna przedewszystkiem cechować tę naukę. Przyczynowość wkracza w życie psychiczne pod dwoma postaciami: 1) jako obarczenie dziedziczne, 2) jako uraz w najszerszym słowa tego znaczeniu (psychiczny, fizykalny i chemiczny). Ze stanowiska biologicznego ocenićby można zjawiska determinizmu i indeterminizmu, jako: determinizm — byłby równoznaczny z dobrem przyrodzonem, indeterminizm — dobrem podmiotowem.

PADACZKA.

Referaty główne.

Doc. Dr. M o r a w s k i (Kobierzyn).

„D z i e d z i c z n o ś ć w p a d a c z c e".

Przytaczając bardzo liczną literaturę: wyniki badań Muskensa, Binswangera, Hofnera, Kretzchmera, Buszmera i innych — oraz opierając się na własnych badaniach, referent dochodzi do następujących wniosków: pobudliwość padaczkorodna, to jest gotowość do drgawek jest różną u różnych ludzi; obarczenie dziedziczne u epileptyków jest znacznie większe, aniżeli u wszelakich innych psychicznie chorych; w obarczeniu tem kiła i alkohol odgrywają największą rolę, jednakże nie można ustalić bezpośredniego i bezwzględnego związku między tymi dwoma czynnikami chorobotwórczymi, a występowaniem epilepsji.

Doc. Dr. Z i e l i ń s k i (Kraków).

„K o n s t y t u c j a w p a d a c z c e".

Referent obstaje przy wyodrębnieniu postaci epilepsji: „epilepsja genuina" od innych zespołów epileptycznych. Jako poparcie tego mniemania wysuwa koncepcję zwartej konstytucji epileptoida w padaczce swoistej, tak np. konstytucja schizoidalna w schizofrenji, lub cykloidalna w psychozie manjakalno - depresyjnej. Konstytucję określa jako związek struktury cielesnej i fizycznej.

W badaniach swych nad epilepsją, na plan dalszy usunął czynnik dziedziczny, a położył nacisk na zespół cech psychofizycznych. Epileptoidzi pod względem budowy fizycznej należą do dwóch grup: typy atletyczne i asteniczne, wyróżniające się cechami dysplastycznemi. Są to zwykle osobniki wzrostu średniego lub nizkiego, o szerokich barkach, silnie rozwiniętych mięśniach, wystających kościach po-

liczkowych, mają zbyt silne rozwiniętą żuchwę. Jako rys najwybitniej zniekształcający, występuje zaburzenie normalnej proporcji między długością tułowia i kończyn górnych i dolnych, które są zbyt długie.

W grupie astenicznej kobiecej silnie uwydatnia się różnica między obwodem miednicy, a klatki piersiowej.

Naogół epileptyk zbudowany jest grubo, topornie i niekształtnie. Referent przytacza spostrzeżenia Hofmana, który u 45-ciu badanych epileptyków, znalazł 20-tu atletyków, 20-tu asteników i 5-ciu dysplastyków. Cechą najbardziej charakterystyczną osobowości epileptycznej, jest nadzwyczaj silnie rozwinięta uczuciowość, jakby skupiona i zgęszczona, lepka, małoruchliwa — przyczepiona do otoczenia, nie mogąca się poruszać i zmieniać tak, jak wymaga tego życie. Epileptycy są drażliwi i wybuchowi, skłonni do podnieceń erotycznych, myślą powoli i koło ich myśli obejmuje przeważnie rzeczy bliskie; w życiu są konserwatywni, trzymają się tradycji, są przeciwnikami wszelakich zmian.

Prof. Dr. Minkowski (Zürich).

„Anatomja patologiczna padaczki".

W padaczce samoistnej najbardziej charakterystyczne są zmiany sklerotyczne w rogach Ammona. Przypuszczalnie występuje tutaj konstytucjonalne osłabienie tkanki rogów Ammona, które stają się następnie miejscem najmniejszego oporu w rozwijającej się chorobie.

Zwykle towarzyszącym objawem jest glioza brzeżna kory mózgowej. Ogólna glioza tkanki nerwowej nie jest jednak jedynym atrybutem epilepsji, gdyż występuje i w innych schorzeniach. Spotykamy tu także zmiany naczyniowe jak: przerosty tkanki naczyniowej, teleangiectazje, często opisywane zakrzepy w naczyniach, a przedewszystkiem bardzo charakterystyczne świeże krwotoki w splotach naczyniastych, lub późniejsze w nich procesy wsteczne, jak zaniki komórek gruczołowych, zakrzepy hialinowe i zmiany sklerotyczne. Szczególnie wyraźne zmiany w splotach naczyniastych obserwował referent u dwóch papug, które miały napady epileptyczne po urazach emocyjnych. Podczas samego napadu obserwowali Förster i inni, zmniejszenie objętości mózgu i jego niedokrwienie. Bezpośrednio po atakach znajdowano krwotoki w splotach naczyniastych komór bocznych i w rogach Ammona, — jednak niezawsze.

Badania anatomo - patologiczne aparatu wewnętrzno - sekrecyjnego nie dały konkretnych wyników. Wszelkie spotykane zmiany anatomo - patologiczne w padaczce samoistnej, są wynikiem kombi-

nacji dwóch momentów chorobotwórczych: konstytucyjnego osłabienia układu nerwowego, z wtórnemi procesami degeneracyjnymi.

Dr. R o s e: (Berlin)

„Z m i a n y a r c h i t e k t o n i k i m ó z g o w e j w p a d a c z c e"

Referent zaznacza, że będzie się zajmował wyłącznie cytoarchitektoniką kory mózgowej. Referat ilustruje licznemi preparatami swymi i prof. Bielszowskiego. We wstępie wspomina o ontogenetycznym rozwoju kory mózgowej, ze specjalnym uwzględnieniem rogu Ammona. Histopatologiczne zmiany w rogu Ammona są najważniejszym symptomem w padaczce samoistnej. Spielmeyer w 80% badanych przez siebie mózgów epiletyków, znajdował zmiany w rogach Ammona. Referent podaje dokładną budowę architektoniczną kory rogu Ammona, dzieląc ją na pięć odcinków. Zmiany sklerotyczne w rogach Ammona występują w całym szeregu spraw chorobowych, jednak w padaczce występują izolowanie jedynie w pierwszym odcinku. We wszelkich sprawach otępienionych, a więc i w dementia epileptica zanika trzecia warstwa kory mózgowej przedewszystkiem w płacie czołowym.

W konkluzji dochodzi referent do wniosku, że rozpoznanie epilepsji „post mortem", o ile mamy zmiany charakterystyczne w rogu Ammona, jest możliwe.

Prof. Dr. O r z e c h o w s k i (Warszawa).

K l i n i k a p a d a c z k i c i e l e s n e j.

Referent wyraża przypuszczenie, że z biegiem czasu przy coraz to lepszym poznawaniu patogenezy padaczki, grupa padaczki samoistnej coraz bardziej będzie się zmniejszać — kto wie czy wogóle się utrzyma. Mówiąc o patogenezie padaczki, wylicza na pierwszym miejscu zboczenia przemiany materji, dalej zaburzenia wydzielania dokrewnego i wegetatywne; oraz podkreśla rolę zaburzeń naczynio - skurczowych. Wszystkie te jednak wyliczone zaburzenia spotykamy i w różnych innych nerwicach, odgrywają one poważną rolę i w epilepsji, ale nie mogą być uważane za jedyną jej przyczynę. Przypuszczalnie część zmian chorobowych jest wypływem poprzedzających je zmian w korze mózgowej. Jako bezpośredni bodziec napadu, uważa referent zaburzenia w krążeniu płynu mózgo - rdzeniowego; podczas napadu mózg raptownie kurczy się i rozpręża. Fizjologicznym sensem napadu jest dążność, według referenta, do przywrócenia normalnego krążenia płynu mózgo - rdzeniowego. Jako moment popierający tę hipotezę, przytacza referent dodatnie wyniki, jakie ma przy stosowaniu odmy czaszkowej w epilepsji.

Z objawów klinicznych na plan pierwszy w epilepsji wysuwają się objawy miokloniczne. Mioklonja jest objawem bardzo rozprzestrzenionym u zwierząt, dzieci i ludzi pierwotnych. Pogotowie drgawkowe t.j. zdolność do oddziaływania drgawkami na podniety, jest różne u różnych ludzi — u epileptyków próg pobudliwości drgawkowej jest bardzo nizki.

Prof. Dr. Piltz (Kraków).

Klinika padaczkowych zaburzeń psychicznych

Referent podkreśla nadzwyczajne podobieństwo występujących zaburzeń psychicznych u danego chorego w poszczególnych napadach psychozy — i tak, przeciwnie aniżeli w schizofrenji, treść i obraz przeżywanej psychozy w danym napadzie, jest nadzwyczajnie podobna do psychozy, przebytej poprzednio.

Dalszą ogólną cechą zaburzeń psychicznych w epilepsji, jest ich napadowe występowanie: nagłe pojawianie się ich i znikanie. Referent zaznacza, że z licznych rodzai zaburzeń psychicznych, będzie mówił jedynie o aurze, charakterze epileptycznym i delirium epilepticum.

Wylicza rozmaite rodzaje aury — podkreśla jej wielkie znaczenie dla rozpoznania okolicy mózgu wciągniętej w chorobę, gdyż aura, będąc pierwszym objawem napadu, jest wyrazem funkcji miejsca, które pierwsze zostało zadrażnione i dlatego tak dużo można sądzić z niej o lokalizacji. Aura u danego osobnika zwykle jest czemś stałem i niezmiennem. Referent wspomina o badaniach swych na królikach, u których drażnił prądem elektrycznym różne miejsca kory mózgowej i u których przy drażnieniu tych samych miejsc, miał zawsze te same początkowe objawy; przy dalszym silniejszym drażnieniu obserwował typowy atak epileptyczny. Początkowe te objawy uważa referent za swoistą aurę.

Charakter epileptyczny: referent podkreśla zasadniczą różnicę, jaka jest między zapatrywaniem badaczy, którzy uznają istnienie konstytucjonalnych typów epiletyków i według których charakter epileptyczny poprzedza manifestację epilepsji — a zwolenników poglądu, że charakter epileptyczny wytwarza się dopiero z posuwaniem się procesów degeneracyjnych, rozwijającej się epilepsji. Na sylwetkę charakteru epileptycznego składa się: ociężałość, ograniczoność, niezdolność do myślenia abstrakcyjnego, drażliwość, wybuchowość, brutalność, przedłużony czas trwania afektu, silnie podkreślony akcent seksualny.

Delirium epilepticum cechują halucynacje o charakterze nadzwyczajnie żywym i plastycznym, zwykle w kolorze czerwonym; treść delirium epileptycznego ma charakter żywiołowy, o skrajnem zabarwieniu uczuciowem, już to ekstatycznego zachwytu, czy też silnego lęku i niepokoju. Nadzwyczaj charakterystyczne jest zabarwienie religijne treści przeżyć epileptyków. Treść przeżyć w delirium epilepticum pochodzi jakby z najgłębszych warstw psychiki ludzkiej, wspólnych wszystkim ludziom i stąd wyżej wymienione cechy — żywiołowość i religijność. W bredzeniu gorączkowem, czy alkoholowem, treść bredzenia ma charakter zawodowy i zwykle różni się bardzo u poszczególnych osobników. W bredzenie to, jest wciągnięty dorobek życia indywidualnego — jest ono jakby zmienioną funkcją warstw wyższych mózgu. Tymczasem w delirium epilepticum wszyscy: szewc i rolnik, uczony i analfabeta — stają się jakby do siebie podobni, treść ich przeżyć nosi ten sam żywiołowy i pierwotny charakter. Treść religijna przeżyć delirium epilepticum, występuje nietylko u osób uprzednio religijnych — referent obserwował pacjentkę, wyrozumowaną ateuszkę i racjonalistkę, która w bredzeniu epileptycznym popadała w ekstazę religijną.

Dr. Sterling (Warszawa).

Pogranicze padaczki.

Dr. Sikorska (Kraków).

Leczenie padaczki.

Referentka daje doskonały przegląd literatury dotyczącej leczenia padaczki: dyjetetycznego i chemicznego. Komunikuje o dodatnich wynikach leczenia padaczki rtęcią — we wszystkich tych jednak przypadkach istniało podejrzenie na kiłę nabytą, czy dziedziczną i tej etjologji przypisuje referentka skuteczność takiej kuracji.

Płk. Dr. Nelken (Warszawa).

Patologja kryminalna padaczki i jej znaczenie sądowo-psychjatryczne.

Autor szkicuje we wstępie rozszerzenie pojęcia padaczki i ogromną jej rolę w etjologji kryminalnej, z czasów rozkwitu teoryj Lombrosa. Przystępując do rozgraniczenia tego pojęcia zgodnie z wymogami wiedzy współczesnej, rozpatruje on przedewszystkiem znaczenie kryminalne padaczki swoistej i typy przestępczości padaczkowej, następnie — pogranicze padaczki i znaczenie kryminalne pa-

daczkowatości. Dalsze rozdziały pracy stanowią: padaczka i alkohol, padaczka a młodociani, padaczka a wojsko; w tym rozdziale znajduje się ocena kryminalnej padaczki urazowej i ocena stosunku do padaczki stanów ucieczkowych. Przy rozpatrywaniu przestępczości padaczki w świecie badań nad konstytucją psychozoficzną, autor podaje wyniki badania nad konstytucją fizyczną padaczkowych, oraz zespoły psychiczne padaczkowe, rozdzielone przez Kretschm'er'a, wreszcie poglądy na charakter epileptotymiczny Delbrücka, podkreślając duże znaczenie tych badań dla oceny kryminologicznej padaczki. Streszczone są dalej badania nad konstytucją fizyczną ciężkich przestępców, nad stosunkiem typu fizycznego do recydywy. Formuła budowy fizycznej przestępcy, zbliża się najbardziej do analogicznej formuły padaczkowej. Następnie statystyka przestępstw padaczkowych. W rozdziale o ocenie padaczki przed sądem w postępowaniu karnem, omówioną została poczytalność przy padaczce, oraz rozpoznanie i wartość sądowo - lekarska poszczególnych stanów padaczkowych. Ocena padaczki w postępowaniu cywilnem, padaczka u świadków, oraz udawanie padaczki, zamykają te rozważania.

Praca ukaże się w całości wraz z materjałem kazuistycznym w Roczniku Psychjatrycznym.

Dr. Drohocki (Kraków).

Psychologiczne badanie nad epilepsją według metody Rohrschacha

II. Metoda Rohrschacha polega na oznaczaniu kleksów atramentowych, jedno lub wielobarwnych, a to na podstawie podobieństwa kształtów, barw, etc. etc. Czynniki eksperymentu są reprezentatami określonych właściwości psychicznych; tworzą one stałe ilościowe stosunki charakterystyczne dla określonych schorzeń. Poddawszy metodę, a zwłaszcza interpretację czynników eksp. — rzeczowej, na doświadczeniu opartej analizie, referent zmuszony był do zupełnego jej zmodyfikowania. Podaje wyniki własnych badań nad istotą nauki Rohrschacha t. zw. typem przeżywań. Tak nazwał mianowicie R. ilościowo wyrażony stosunek odpowiedzi ruchowych do odp. barwnych. Przewaga odpowiedzi ruchowych jest cechą typu introwersywnego i wyraża: skłonność do życia „wewnętrznego", zróżnicowaną inteligencję twórczą, afektywność ustaloną. Przewaga odp. barwnych jest wyrazem ekstratensji: wyżywanie się na zewnątrz, inteligencja odtwórcza, stereotypowa, afektywność chwiejna. Okre-

ślonej psychozie odpowiada — wedle R. — określony typ przeżywań, a inne czynniki ustosunkowują się korelatywnie.

II. R. stwierdził na podstawie badań nad 20 epileptykami typ ekstratensywny — jako charakterystyczny dla epilepsji. Mój materjał obejmuje 78 epileptyków.

Własne badania:

Odpowiedź ruchowa:

1) Zdolność ruchowego odczuwania spostrzeganych przedmiotów jest cechą indywidualną, wrodzoną, od wieku i stopnia inteligencji niezależną, nastrojowo - zmienną.

2. Odp. ruchowa nie może być równocześnie wyrazem tak różnorodnych właściwości, jak wyżej wspomniane.

3. Pozatem właściwości te nie tworzą stałych związków ani pomiędzy sobą, ani też z odp. ruchową.

4. Introwersja charakterologiczna nie zawsze manifestuje się w eksperymencie, ale też często znajdujemy przewagę odp. ruchowych tam, gdzie introwersji faktycznie niema.

5. Odp. ruchowe występują dość licznie u dementów, —

6. Z drugiej strony brak ich często u ludzi produktywnych i oryginalnych.

7. Ilość odpow. ruchowych (zdolność ruchowego odczuwania) wzrasta w miarę afektywnego podniecenia.

8. Odp. ruchowe epileptyków nie wykazują żadnych prawidłowości.

9. Z czego wynika, że znaczenie odpow. ruchowych jest niejasne.

Odpowiedź barwna:

1. Nie może być wyrazem właściwości tak różnorodnych (jak wyżej wspomniane) — i nie skorelowanych ze sobą.

2. odpow. barwne epileptyków nie wykazują żadnych prawidłowości liczbowych, — z zastrzeżeniem:

3. Że w okresie ataków liczba ich wzrasta niepomiernie i to aż do eliminacji reakcji kształtowych. (Być może, że została tu wyzwolona pierwotna forma reakcji).

4. Pewne stany afektywne wzmagają reakcje na pewne barwy; może nawet przyjść do wytworzenia korelatu afekto - barwnego. Związek ten jest zupełnie niezależny od tego, czy dana afektywność jest chwiejna, czy ustalona, skierowana na zewnątrz, czy na wewnątrz.

5. Każda barwa posiada swoją jakość afektywną.

6. Ostateczny wybór tej, czy innej barwy zależy od wyniku konfliktu pomiędzy nastrojem własnym, a stanem afektywnym, narzucanym przez spostrzeganą barwę. Wybór ten może być w pewnych warunkach wyrazem afektywności chwiejnej, wzgl. ustalonej. (Warunków tych R. nie określił).

7. Zmienność intro - indywidualna reakcji barwnych przekreśla ich znaczenie charakterologiczne, czyniąc z nich wyraz zmiennych stanów afektywnych.

Typ przeżywań:

1. Zakwestjonowanie słuszności interpretacji reakcji ruchowych i barwnych kwestjonuje tem samem koncepcję Rohrschacha o typie przeżywań. Doświadczenia referenta nad epileptykami wykazują to w zupełności:

2. Typ przeżywań u epileptyków jest wielkością inter — i — introindywidualnie zmienną i nawet odwracalną.

3. Znajdujemy tu ekstratensję zarówno jak i introwersję.

4. Żaden z tych typów nie jest specyficznym korelatem choroby lub charakteru.

5. Związki pomiędzy introwersją wzgl. ekstratensją charakterologiczną a temi, które manifestują się w eksperymencie — są niestałe i nieokreślone.

6. Zestawienie w jednym stosunku liczbowym dwu jakości różnych przy zupełnie dowolnie przyjętych jednostkach; jest absurdem.

7. Typ przeżywań jest fikcją.

III. Niezależnie od sprawy interpretacji czynników eksperymentu, wyniki badań referenta nad epileptykami nie wykazują żadnych stałości liczbowych. Jakiekolwiek byłoby zatem znaczenie poszczególnych czynników eksp., założywszy, że jest ono wszędzie to samo, stwierdzam: że epileptycy nie stanowią psychologicznie jednoznacznie określonej grupy.

IV. Tendencja do wyczerpania całokształtu psychiki ludzkiej w dwu — jakoby biegunowych — właściwościach i ich rzekomych korelatach jest już dziś formalnie, rzeczowo i teorjopoznawczo — nieusprawiedliwioną.

Dr. Wichert i Dr. Dreszer (Warszawa).

Z histopatologji padaczki.

Referenci demonstrują koło stu preparatów histopatologicznych mózgu — z sześciu przypadków padaczki: 1) bez wyraźnej etjologji,

2) samoistnej, 3) alkoholowej, 4) pourazowej, 5) Jacksonowskiej, 6) status epilepticus w paraliżu postępującym. We wszystkich tych przypadkach znaleziono znaczne zmiany histopatologiczne, jak zgrubienie opon mózgowych, zmiany degeneracyjne komórek mózgowych, rozrost gleju, zmiany w rogu Ammona oraz w przypadku padaczki Jacksonowskiej — rozległą bliznę w korze mózgowej, najzupełniej tłomaczącą, obserwowaną padaczkę.

Dr. Milewski i Dr. Wilczkowski (Warszawa)

Obserwacja kapilaroskopijna u epileptyków.

Referenci przedstawiają wyniki badań kapilaroskopowych w padaczce. Krążenie w naczyniach włosowatych bada się pod powiększeniem w fałdzie nadpaznogciowym. Referenci badali zachowanie się krążenia włosowatego u epileptyków w czasie międzynapadowym, przednapadowym i w okresie samych napadów. Napady wywoływano przy pomocy hyperwentylacji. Obserwacje te wykazały znaczne zaburzenia w krążeniu krwi, mianowicie każdy napad epileptyczny poprzedzała znacznego stopnia staza. Referat ten był ilustrowany licznemi zdjęciami kapilaroskopowemi.

Dr. Bielawski (Dziekanka).

Zgłosił referat: Epilepsja a kodeks karny (w streszczeniu)

(Oryginał drukowany w Now. Psychjatr. 1928, III - IV.)

Autor rozpatruje wszystkie ważniejsze objawy psychopatologiczne które składają się na charakterystykę zwyrodnienia typu padaczkowego. Uwzględniając dalej psychologiczne założenie sądownika w koncepcji niepoczytalności, — przychodzi autor do wniosku, że epileptyk o wyraźnych cechach degeneracji psychicznej, gdy znamiona tej degeneracji źródłują czyn karalny, winien być uznany z reguły za niepoczytalnego. W tym względzie ref. przeciwstawia się dość utartemu poglądowi psychologów sądowych, jakoby czyny epileptyka uważać należało za niepoczytalne jedynie w razie 1) stwierdzonego znaczniejszego otępienia intelektu tudzież 2) wtedy, gdy zostanie stwierdzone, że były one dokonywane w wyjątkowych stanach zaburzenia świadomości (psychozy epizodyczne według wyrażenia Wachholza).

Dr. Bielawski (Dziekanka).

Zgłosił referat: El. a histerja.

(Praca in extenso ukaże się drukiem w następnym zesz. N. P.)

Dr. Zajączkowski (Dziekanka).

Zaburzenia czucia powierzchownego w epilepsji.
(streszczenie)

(Oryginał drukowany w Now. Psychjatr., 1928, III - IV.)

Referent przedstawia rezultaty badań czucia powierzchownego, u epileptyków, przeprowadzonych na 23 chorych w okresach międzynapadowych. U wszystkich tych chorych stwierdził hyperalgezję w postaci pasa otaczającego tułów i w postaci trójkątów po wewnętrznej stronie ud. Pozatem autor stwierdził zmienianie się rozmiaru pól hyperalgetycznych w zależności od chwili pojawienia się napadów epileptycznych. Przed napadem te pola się rozszerzały i intenzywność hyperalgezji zwiększała się widocznie, po napadzie te objawy zmniejszały się.

Referent uważa, że spostrzeżenia te można wykorzystać, jako wskaźnik pojawienia się nowego napadu kurczowego co jest bardzo ważnem w leczeniu epilepsji, gdyż zwiększając dawki leków specyficznych możemy przeciwdziałać wystąpieniu napadu i tem samem osięgamy wzniesienie się progu pobudliwości kurczowej u chorego

Dr. Zajączkowski (Dziekanka).

Zgłosił referat:

Zespół „haines familiales" u epileptyków.
(streszczenie).

Referent badał uczucia rodzinne 23 chorych i u wszystkich tych chorych prócz jednego przypadku, znalazł je o żywym nasileniu. W tym jedynym przypadku niechęć do rodziny była zupełnie usprawiedliwiona. Znanem jest zaś częste pojawianie się zespołu nienawiści rodzinnej w schizofrenji. Referent przytacza tezę Piotrowskiego, że brak lub wielka rzadkość występowania zespołu nienawiści rodzinnej u epileptyków, mogłaby być wykorzystana jako moment różniczkowy między pewnemi nietypowemi zaburzeniami psychicznemi w epilepsji, a psychozą schizofrenijną, — fakt istnienia „haines familiales" w takim wątpliwym przypadku przemawiałby raczej za schizofrenją.

Dr. Mańkowski (Kulparków).

Wpływ autohemoterapji na przebieg padaczki.

Przy leczeniu padaczki autohemoterapją dąży się tą drogą do odtrucia ustroju. Leczenie to przeprowadzano w następujący sposób: początkowo brano 5 cnt. krwi i wstrzykiwano je domięśniowo; następnie po 10 cnt., powtarzając to kilkakrotnie. U chorych, u któ-

rych trudno było pobierać krew, stosowano autohemoterapję pod postacią suchych baniek, wytwarzających sińce, w których wynaczynienia odgrywają rolę domięśniowo wstrzykniętej krwi. Leczenie to stosowano u 45 chorych, zaprzestając podawania jakichkolwiek innych środków, jak brom, luminal itd.

U wszystkich tych chorych, których obserwowano przez dwa miesiące, zauważono pewną poprawę, cechującą się rzadszym występowaniem napadów kurczowych i osłabieniem ich złośliwości. Największe rezultaty obserwowano w przypadkach świeżych epilepsji, mniejsze w epilepsji chronicznej. We krwi, obserwowanych pacjentów, stwierdzono znaczne wzmożenie czerwonych ciałek krwi i wzmożoną zawartość wapnia. Referent poleca tę metodę leczenia w epilepsji jako zupełnie nieszkodliwą, często skuteczną, a niekosztowną.

Dr. Prager (Kulparków).

Problem twórczości epileptyków.

Referent badał dzieła i życiorysy wielkich ludzi, którzy uchodzili za epileptyków i zastanawia się na mocy powyższego materjału, którzy z nich byli rzeczywiście epileptykami i jaki wpływ choroba wywarła na ich twórczość. Zastanawia się nad: Mahometem, Apostołem Pawłem, Tołstojem, Dostojewskim, Flaubertem, Edgarem Poe. Dochodzi po szczegółowej analizie ich dzieł i życiorysów, do wniosku, że tylko Dostojewski był rzeczywistym epileptykiem, a wszyscy inni wyżej wymienieni histerykami. W dziełach Dostojewskiego wybitnie uwidacznia się jego osobowość epileptyczna — akcja jest przeładowana drobnemi szczegółami i bardzo charakterystycznemi są, nadzwyczajnie żywe w wyrazie, wierzenia religijne, przejawiające się z tak żywiołową siłą w pracach Dostojewskiego.

Dr. Jankowska (Wilno).

Badania nad sprawnością czynnościową wątroby. w padaczce (doniesienie tymczasowe).

Autorka, szukając przyczyn powstania napadów drgawkowych padaczkowych w nagromadzeniu się amoniaku w krwi, na skutek niedomogi czynnościowej wątroby, przeprowadzała u 9 chorych na padaczkę, szereg badań nad sprawnością czynnościową tego narządu, które dały następujące wyniki:

1) Przemiana węglowodanowa okazała się w 7 wypadkach zaburzona — mianowicie krzywa alimentarnej hyperglykemji dawała odchylenia od krzywej normalnej.

2) Badanie czynności regulacji gospodarki wodnej wykazuje w 6 przypadkach przedłużenie trwania rozwodnienia krwi pod wpływem wprowadzonego płynu.

3) Ilość bilirubiny w krwi w 6 przypadkach okazała się zwiększoną, w pozostałych 3-ch trzymała się najwyższej normalnej granicy.

4) Urobilinogen w moczu w mniejszych lub większych ilościach, stwierdzamy we wszystkich przypadkach.

5) W czasie krzepnięcia krwi, oraz w ilości fibrinogenu również stwierdzono cc. w połowie przypadków odchylena od normalnych wielkości.

6) Niedostatecznie jeszcze miarodajne próby badania czynności wątroby syntetyzowania mocznika z amoniaku, zdają się jednak wskazywać na zaburzenia tej czynności wątroby, oraz na prowokacyjne działanie soli amoniakowej w stosunku do napadu.

7) Próba barwikowa wypadła we wszystkich przypadkach ujemnie.

DRUGI DZIEŃ ZJAZDU 28. MAJA.

Przedmiotem obrad drugiego dnia zjazdu było: PIELĘGNIARSTWO PSYCHJATRYCZNE I OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.

Doc. Morawski (Kobierzyn).

Role pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi.

Zmienił się stosunek nasz do psychicznie chorych — niedawno jeszcze jedynym celem, przy umieszczeniu chorego w zakładzie psychjatrycznym, było unieszkodliwienie psychicznie chorego dla społeczeństwa. Dawne hasło: „Chorzy psychicznie i wszyscy psychjatrzy tylko do zakładów", obecnie upada; zakłady tracą coraz bardziej charakter detencyjny, a upodabniają się do szpitali. Patronage familial — opieka pozazakładowa nad psychicznie chorymi, w wielkim zakresie wprowadzona w Ameryce i Belgji, a obecnie wchodząca w życie we Francji i w Niemczech, daje ogromne rezultaty i tendencją obecną jest, aby jedynie ostre psychozy były leczone w zakładzie zamkniętym, a jaknajwięcej psychicznie chorych poza zakładem. Przekonano się, że znaczna część objawów psychotycznych, szczególniej w schizofrenji, jest następstwem niekorzystnych wpływów, wynikających z umieszczenia chorego w zakładzie zamkniętym. Z drugiej znów strony cały szereg obserwacji korzystnego wpływu odbierania pacjentów z zakładu, w okresach wczesnej rekonwalescencji, podkreśla w wielu

przypadkach wyższość leczenia pozazakładowego chorych psychicznie. Wysuwa się cały szereg zadań psychjatrji społecznej jak: przeprowadzenie zasad eugeniki, rozbudowanie i przeprowadzenie hygieny społecznej, popularyzowanie psychjatrji. Pozazakładowa opieka nad psychicznie chorymi jest wielkiem odciążeniem finansowym dla społeczeństwa, gdyż wielu z obecnych pacjentów pozostałych w zakładach zamkniętych, będzie można leczyć w społeczeństwie. Program opieki pozazakładowej przewiduje: 1) opiekowanie się psychicznie chorymi, pozostającymi przy rodzinach, przyczem obowiązuje zasada jaknajprędszego zaopiekowania się chorym, 2) wynajdywanie odpowiedniego środowiska dla chorych, 3) zbieranie danych anamnestycznych o chorych i udzielanie informacji zakładom, szkołom itd., 4) współpraca instytucji opieki psychjatrycznej z innymi instytucjami opieki społecznej. Ażeby podołać wszystkim tym wyżej wymienionym zadaniom trzeba ogromnej ilości lekarzy psychjatrów i pielęgniarzy psychjatrycznych, specjalnie wyszkolonych i posiadających poważne fachowe wykształcenie. Przechodząc do kwestji pielęgniarstwa w naszych stosunkach, podkreśla referent nadzwyczajną odpowiedzialność pracy pielęgniarskiej w zakładzie. Prócz opiekowania się i dozorowania pacjentów, rozumny pielęgniarz często powinien pośredniczyć między pacjentem, a lekarzem i może pomódz w obserwowaniu choroby. Ostrożność, dbałość i znajomość popularnej psychjatrji powinny cechować dobrego pielęgniarza. Pozazakładowa praca pielęgniarstwa wymaga kontroli chorych w opiece rodzinnej. Obecnie w Polsce rekrutują się pielęgniarze z materjału mało inteligentnego, często analfabetów. Materjał ten podlega przez pobyt w zakładzie przesiewaniu. Wyrobienie w tych warunkach służby pielęgniarskiej trwa przez lat kilka. Braki odpowiedniego fachowego wyszkolenia i odpowiedniej inteligencji u personelu pielęgniarskiego musimy wyrównać, stosując zasadę ślepego posłuszeństwa względem wskazań lekarzy. Musimy się liczyć że jeszcze długie lata będziemy mieli taki sam mało wyszkolony i mało inteligentny materjał pielęgniarski. Ażeby zaradzić brakom w tym względzie referent proponuje następujące środki zaradcze: 1) należy polepszyć uposażenie pielęgniarzy, 2) wprowadzić cenzus od 3 — 4-ch lat szkoły średniej i półroczny kurs pielęgniarski, 3) podzielić personel pielęgnarski na posługujących i pielęgniarzy, 4) ażeby podnieść „prestige” pielęgniarek, które są właściwie przy chorych psychicznie dozorczyniami, a nie pielęgnarkami, proponuje referent zmianę nazwy ich na hygienistki, 5) utworzenie kursów conajmniej półrocznych pielęgniarstwa psychjatrycznego w zakładach.

Inż. Wojciechowski (Warszawa).

Dobór personelu pod względem psychotechnicznym.

Jakkolwiek dotąd sfery psychjatryczne nie interesowały się specjalnie psychotechniką, to jednak cały szereg wybitnych psychjatrów jak n.p. Toulouse, Moes — uważają że prawdziwym psychotechnikiem może być tylko psychjatra. Wszelkie zawody praktyczne zagranicą opierają się przy wyborze kandydatów na psychotechnice; jedynie przy wyborze kandydatów na pielęgniarzy do tej pory psychotechniki nie stosowano. Referent analizując zawód pielęgniarski i wchodzące weń czynności: jak ubieranie chorych, karmienie, porządkowanie, dozorowanie chorych, rozmowy z chorymi, wykonywanie poleceń lekarzy i zabiegi przy chorych — zastanawia się jakich uzdolnień wymagają te zajęcia.

Aby módz się zorjentować w uzdolnieniach kandydata do zawodu pielęgniarskiego, proponuje referent następujących 26 testów psychotechnicznych. Testy te są tak pomyślane, aby bez większych wydatków i kosztownych instrumentów, można je było stosować przy przyjmowaniu kandydatów, w każdym Zakładzie psychjatrycznym.

Testy służby pielęgniarskiej:

1) Migawka, nastawiona 1/15 sek. podczas którego to czasu pokazuje się badanemu parę liter lub kształtów geometrycznych, które ma później opisać.

2) Płytki: pięć płytek z wyciętemi różnego kształtu otworami, pokazuje się badanemu, który później ma je wskazać wśród czternastu płytek.

3) Włóczki barwne: badany wybiera włóczkę żądanego koloru.

4) Gama barwna z płytek kolorowych jednej barwy, lecz różnych nasileń, którą badany ma ułożyć według stopnia nasilenia.

5) Brzęczki: badany z zamkniętemi oczami wskazuje miejsce skąd dochodzi odgłos brzęczka.

6) Płytki chropowate: badany ma ułożyć według stopnia chropowatości.

7) Siłomierz.

8) Drut Gilbretha: zawile skręcony drut na który trzeba nałożyć 25 krążków, przyczem notujemy jak długo nakłada badany krążki i jak prędko następuje wprawa przy nakładaniu dalszych krążków.

9) Punktowanie.

10) Termometr.

11) Zawieszanie — poleca się zawiesić obraz notując jak prędko to robi.

12) Test pamięci poleceń.

13) Test pamięci osób.

14) Test pamięci słów.

15) Test pamięci liczb.

wszystkie te testy pamięci przeprowadza się jak zwykle badania pamięci.

16) Test Bourdona, bada się przez wykreślanie odpowiednich liter w kilku zdaniach lub figur geometrycznych u analfabetów.

17) Test sygnałów: w arkuszu, który jest zadrukowany szeregiem kwadracików, przy pokazaniu umówionego sygnału barwnego, ma badany odpowiednio przekreślać kwadraciki n.p. sygnał czerwony oznacza kwadraciki na lewo itd.

18) Tablicza liczb.

19) Drążki spadające: zawieszone drążki u elektromagnesu przy wyłączeniu prądu spadają; droga którą przebędzie drążek do chwili uchwycenia go przez badanego świadczy o zdolnościach do szybkiego orjentowania się i szybkich ruchów.

20) Test Amara: rozłożone ramiona obciąża się ciężarami i oblicza się czas, jak długo badany zdoła ramiona w tej pozycji utrzymać.

21) Liczenie z przeszkodami jest próbą szybkości znużenia umysłowego: badany w przeciągu 5 minut, wykonuje prymitywne zadania rachunkowe, podczas których badający przeszkadza mu najrozmaitszymi pytaniami.

22) Sądy zdań: przeprowadza się jak przy zwykłem badaniu na inteligencję.

23) Test pakowania: daje się dwanaście przedmiotów rozmaitego kształtu do jaknajlepszego zapakowania w jedną paczkę.

24) Sześćian Yerkesa: składa się z małych sześcianów, których każda ściana jest innego koloru; badany ma złożyć z nich duży sześcian, tak by każda z poszczególnych jego ścian była jednolitego koloru.

25) Segregowanie blaszek: badany ma rozsegregować 180 blaszek, których jest dwanaście rodzai i kształtów niewiele się od siebie różniących.

26) Test czyszczenia: zwyczajną szybę powalaną sadzą przykrywa się blachą z wycięciem w środku; badany ma wyczyścić szybę pod wycięciem.

Dr. Fuhrman (Świecie).

Program wyszkolenia personelu psychjatrycznego.

Referent podkreśla na wstępie nadzwyczaj ważne zadanie, jakie ma przed sobą pielęgniarz w zakładzie psychjatrycznym. Aby tym zadaniom sprostać, musi personel pielęgniarski otrzymywać odpowiednie wykształcenie. Sprawa ta była poruszona już na pierwszym zjeździe psychjatrów i Dr. Sterling projektował wtedy utworzenie trzyletniego kursu pielęgniarstwa psychjatrycznego. Przy rozpatrywaniu tej sprawy, na pierwszy plan wysuwa się kwestja centralizacji, czy też decentralizacji szkolenia pielęgniarzy, to zn. czy mają być utworzone kursy pielęgniarskie w stolicy, podczas których uczestnicy oddawaliby się jedynie nauce czy też tylko kursy dokształcające w poszczególnych zakładach psychjatrycznych, na które uczęszczaliby pielęgniarze pełniący służbę w zakładzie. Referent wypowiada się za stosowaniem w naszych warunkach tej drugiej metody, podkreślając zalety kształcenia teoretycznego z równoczesnemi praktycznemi zajęciami, co ogromnie sprzyja fachowemu rozwojowi personelu pielęgniarskiego. Obecnie w Polsce kształcony jest personel pielęgniarski jedynie w poszczególnych zakładach, przyczem Krajowy Zakład Psychjatryczny w Dziekance pierwszy u nas wprowadził kursa dokształcające dla pielęgniarzy i stoi pod tym względem na pierwszym miejscu. Referent podaje dokładny program i czas trwania kursów dokształcających w Dziekance, Kocborowie, Kobierzynie, Świeciu i innych. Następnie wyraża pogląd swój na kształcenie pielęgniarzy: kandydaci powinni być przyjmowani w wieku od lat 20-stu (kobiety lat 18) nie starsi jak lat 25; każdy pielęgniarz powinien przechodzić kurs służby pielęgniarskiej i nauczanie powinno odbywać się w godzinach służbowych; wykłady powinni mieć najstarsi i najbardziej doświadczeni lekarze; za nauczanie lekarze powinni być specjalnie wynagrodzeni; powinien być jednolity we wszystkich zakładach program kursów oraz egzaminowanie i wydawania świadectw z ukończenia kursów. Celem dalszego ujednostajnienia wykształcenia personelu pielęgniarskiego, powinien być wydany wspólnemi siłami — przez kilku autorów podręcznik pielęgniarstwa psychjatrycznego. Referent dodaje, że w przyszłości, przy wprowadzeniu w życie w Polsce opieki pozazakładowej, koniecznem będzie utworzenie kursów o wyższym poziomie, któreby mogły sprostać rozległym zadaniom jakie mieć będzie hygienista psychjatryczny społeczny.

Na zakończenie referent stawia wniosek w poruszonych sprawach do uchwalenia przez plenum zjazdu. Patrz wnioski.

Al. Piotrowski (Dziekanka).

Zgłosił referat:

Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym.

(Streszczenie. — Oryginał patrz Now. Psychj.1928, I — II).

Autor omawia sprawę służby pielęgniarskiej w zakładzie psychjatrycznym i stawia gruntowne fachowe przygotowanie personału jako warunek sprawnego funkcjonowania pielęgniarstwa psychjatrycznego i to nietylko dla dobra chorych, lecz i dla podniesienia wzgl. zachowania stanowiska społecznego personału. Należycie pojmowany zawód pielęgnowania chorych to zawód trudny, poważny i odpowiedzialny, który absorbuje wszystkie władze fizyczne i umysłowe kandata i wymaga zamiłowania.

Przygotowanie zawodowe pielęgniarza nie jest dostateczne, jeżeli lekarz dla swoich dążeń wychowawczych nie znajdzie należytego zrozumienia i poparcia u starszego, wykwalifikowanego personału. Tam, gdzie zarówno lekarz jak i starszy pielęgniarz stoją na wysokości zadania, — chory dozna starannej i troskliwej opieki, a kandydat do służby pielęgniarskiej nauczy się być pożytecznym pomocnikiem. Dobry przykład starszych pielęgniarzy odgrywa przy wychowaniu młodszej służby doniosłą rolę.

Autor podaje plan tego wychowania, wylicza przedmioty, które należy wykładać na kursach dla pielęgniarzy, przedstawia formy awansowania niższego personału na wyższe stopnie, żąda najmniej 54, najwięcej — 66 godzin pracy tygodniowo i wykazuje sposób, jakim nawet przy mniej licznym personale można zadość uczynić potrzebom pielęgnacji chorych bez nadmiernego obciążenia służby. W końcu przytacza regulaminy i przepisy obowiązujące personał pielęgniarski w Dziekance.

Dyr. Dr. Chodźko (Warszawa).

Opieka otwarta nad psychicznie chorymi.

Nadszedł już czas, ażeby wprowadzić opiekę otwartą nad psychicznie chorymi i u nas w Polsce. Opieka ta wzięła początek w Biers w Ameryce, rozrosła się tam ona kolosalnie i jest stosowana obecnie w jaknajszerszym zakresie. Dwieście organizacji społecznych zajmuje się tam hygieną psychiczną i opieką otwartą. Trzy czasopisma specjalnie są temu poświęcone. W roku 1918 dzięki Tou-

louse'owi stworzono też w Belgji „Ligę hygieny i profilaktyki psychicznej". W Szwajcarji zajął się tą sprawą Bleuler — w Niemczech i we Francji również opieka otwarta nad psychicznie chorymi wchodzi w ostatnich latach w życie. Nietylko choroby zakaźne, ale i choroby psychiczne powinny być zaliczone do chorób społecznych. Ośrodkiem walki z chorobami psychicznemi jest przychodnia hygieny psychicznej, która się powinna kierować względami i interesami społecznymi. Jej zadaniem powinno być zapewnienie każdemu z pupilów jaknajwiększej wydajności społecznej. Przychodnia porad psychjatrycznych ma służyć jako poradnia dla wszelakich psychopatów, którzy się do niej zwracają, czując, że ich funkcje psychiczne nie są w porządku. Zarówno względy oszczędności społecznej, jak i czysto lekarskie nakazują, by nienormalny psychicznie osobnik znajdował się jaknajdłużej poza zakładem. Przy wprowadzeniu opieki pozazakładowej, skrócił się pobyt poszczególnych chorych w zakładzie, wzmógł się jednak znacznie ruch chorych w zakładach i zwiększyła się niepomiernie ilość osób, zwracających się do lekarzy o poradę psychjatryczne. W Niemczech obliczono, że jeden chory w zakładzie kosztuje tyle — co 50-ciu chorych w opiece otwartej pozazakładowej. Każda przychodnia psychjatryczna powinna mieć podstawę w otwartym zakładzie psychjatrycznym, który ma jeszcze za sobą i zakład zamknięty, tak jak jest w Paryżu. Na czele przychodni stoi lekarz: do pomocy ma hygienistki społeczne, których rola jest ogromna. Do oddziałów otwartych są przyjmowani jedynie chorzy zgłaszający się dobrowolnie; jest to instytucja w najlepszym tego słowa znaczeniu, społeczna i humanitarna. Do oddziałów otwartych są przyjmowani pacjenci bez zamącenia świadomości, jak astenicy, natręctwa, paranoicy; specjalnie zaś zaburzenia schizofrenijne są otwartą domeną dla opieki pozazakładowej. Referent przytacza statystykę Falkhausera z oddziału otwartego:

psychozy m. d.	14, %
schizofrenji	42,4 %
psychopatji	19,5 %
alkoholików	15, %

Zakład otwarty powinien być połączony w jedną całość z zakładem zamkniętym, tak aby przeniesienie chorego z jednego do drugiego, odbywało się bez żadnych trudności i formalności. W naszych stosunkach nie trzeba dążyć na początek do tworzenia oddzielnych oddziałów otwartych, ale zorganizować je jedynie przy istniejących już zakładach zamkniętych. Najbardziej wysuniętą placówką byłaby przy-

chodnia, której zadaniem byłoby objęcie opieki pozazakładowej nad kilkoma najbliższemi powiatami. Przychodnia ta powinna utrzymywać kontakt z sądami dla nieletnich, szkołami, instytucjami i urzędami opieki społecznej. Koszta otwartej opieki psychjatrycznej są niewielkie — koszta te powinny pokrywać częściowo Państwo, samorządy i miejscowe kasy chorych.

P. Babicka. (Warszawa).

Organizacja pracy pielęgniarskiej pozazakładowej.

Referentka opisuje wrażenia swoje z pobytu w Ameryce, gdzie chciała zapoznać się z organizacją opieki otwartej nad psychicznie chorymi. Szpitale amerykańskie nie wiele różnią się od naszych, ale pielęgniarstwo stoi na wiele wyższym poziomie. Pielęgniarka psychjatryczna bada warunki domowe chorego, zbiera o nim wszelkie informacje i objaśnia lekarza przed przyjęciem pacjenta do zakładu. Jeśli chory zgłosi się sam, również pielęgniarka zbiera o nim zaraz informacje. Jeśli chory nie nadaje się do zakładu zamkniętego, umieszcza się go odpowiednio — w pensjonatach, szpitalach wiejskich, lub dopomaga mu się do podjęcia pracy. W Nowym Jorku jest ogromna sala pracy dla przychodnich chorych — gdzie mogą oni pracować spokojnie, zdala od niekorzystnych warunków domowych i gdzie można ich obserwować. Bardzo dobrze zorganizowane jest badanie wczesnych objawów nienormalnych u dzieci; przy magistracie jest urząd psychjatryczny i pielęgniarstwa społecznego, który zwraca uwagę na dzieci w szkołach. Istnieją specjalne szkoły niższe dla dzieci nienormalnych od lat 9-ciu; w wieku lat 14-stu szkoły wyższe, gdzie dzieci pozostają do 18-go roku życia. W szkołach tych są przeważnie zajęcia specjalne, wykłady ogólne połączone są najczęściej z praktycznem zastosowaniem. Uczniowie mają swój samorząd, aby się mogli uczyć samodzielności i zaradności. Największą trudność przedstawia następnie wynajdywanie odpowiedniej pracy dla tych dzieci, po ukończeniu szkoły. Dla tych, którzy zupełnie rady w życiu sobie dać nie mogą, są specjalne domy, gdzie roztacza się nad niemi opiekę i pomaga w podjęciu pracy. Zadaniem pracowniczki społecznej, która ukończyła dwuletnią szkołę pracy społecznej i ma parę lat praktyki szpitalnej, jest przedewszystkiem zbadanie przyczyn, dla których chory nie może sobie dać rady w życiu; następnie zadecydowanie — co należy z nim zrobić i wreszcie nadzór nad chorym. Prócz pracowniczek społecznych, istnieją w Ameryce różne organizacje społeczne, które opiekują się psychicznie cho-

rymi. Następnie referentka przedstawia swój „Projekt ustawy o wykonywaniu praktyki pielęgniarskiej“ wzorowany na stosunkach amerykańskich.

Dyr. Dr. Łuniewski (Tworki).
i kurator Dr. Rychliński (Drewnica).

Uwagi o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad psychicznie chorymi.

Ostateczny projekt rządowy o opiece nad psychicznie chorymi, który ma być przedstawiony Sejmowi, różni się nieco od ogłoszonego uprzednio w roczniku Ministerstwa Skarbu. Mianowicie § 9, który głosił, że koszta opieki nad psychicznie chorymi mają ponosić samorządy — został zmieniony przez Ministerstwo Skarbu o tyle, że obowiązek ten będzie ciążył na samorządach jedynie wtedy, kiedy Min. Skarbu uzna dany samorząd za zdolny finansowo do ponoszenia tego obowiązku. Jak z samej treści tej poprawki wynika, jest ona nieistotną. Również Ministerstwo Skarbu nie zgodziło się, żeby Państwo brało w połowie udział w budowie nowych i melioracji dawnych zakładów. Ministerstwo Skarbu zgodziło się na nieobowiązującą formulę, że Państwo będzie się przyczyniać jedynie do tych przedsięwzięć. Poza temi poprawkami Ministerstwa skarbu — Ministerstwo kolei i spraw wojskowych wystąpiło również z szeregiem swych postulatów. Rozdział III projektu ustawy nie uległ prawie żadnej zmianie — myśl zasadnicza, żeby cały zakład psychjatryczny był traktowany jako otwarty, jak np. w Holandji, została zachowana. Rozdział IV. traktujący o pozbawieniu wolności osobistej, przez umieszczenie w zakładzie, opracował radca Kryński. W projekcie tym kontrola sądowa jest tylko fakultatywną, będzie wchodzić ona w życie, kiedy chory, albo ktoś inny tego zażąda — tyczy to się zakładów publicznych. Dla niepublicznych zakładów pozostaje obligatoryjna kontrola sądowa. Dalej w porozumieniu z Min. Sprawiedliwości wyłonił się projekt stworzenia „Collegium sądowo-psychjatrycznego“, jako najwyższej instancji, do której odnoszonoby się w sprawach spornych lub specjalnie trudnych. Nowe to ciało sądowo-psychjatryczne ma składać się z dwóch sędziów, dwóch psychjatrów i czterech zastępców. Referent podkreśla, że omawiany projekt ustawy jest owocem kompromisu między psychjatrami a sądownikami i brak mu, w pewnym stopniu, tej bezwzględnej konsekwencji myślowej, która cechuje koncepcję jednej osoby, np. projekt prof. Radziwiłłowicza.

Kurator dr. Rychliński podkreśla ciężki stan, w jakim się znajdują zakłady psychjatryczne w Polsce i niewystarczającą pod względem jakościowym i ilościowym opiekę nad psychicznie chorymi. Wyraża swe oburzenie na obligatoryjną kontrolę sądową przy przyjmowaniu do zakładu psychicznie chorych — jest to wyrazem braku zaufania do lekarzy - psychjatrów i traktowania ich z góry jako zdolnych do popełnienia zbrodni, pozbawienia osobistej wolności człowieka zdrowego.

Dr. Rychliński zgłasza na plenum zjazdu swój wniosek.

Dyr. Dr. Łapiński (Warszawa).

Z historji Szpitala im. Jana Bożego.

Dry. Dr. Bednarz (Kulparków).

Stan lekarski a opieka psychjatryczna w Rzeczypospolitej.

Referent przedstawia smutny stan liczebny psychjatrów polskich. Od 1919 r. przybyło młodszych sił psychjatrycznych 60, po paru latach ubyło z nich 26. Równocześnie przez ten czas opuściło szeregi psychjatrów 30 starszych lekarzy. Jest to smutny objaw ucieczki lekarzy od psychjatrji, którzy mimo zainteresowań i zamiłowania w tym kierunku, nie mogą ze względów materjalnych pracować nadal na tem polu.

Obecnie mamy 111 stanowisk w zakładach psychjatrycznych, z których tylko 67 jest objętych, a 44 pozostają wolne. Stan ten tembardziej jest niepokojący, że coraz więcej nowych pól pracy otwiera się dla psychjatrów polskich, jak psychotechnika, eugenika, opieka otwarta.

Al. Piotrowski (Dziekanka).

Zgłosił referat: Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczenie osoby psychicznie chorej w szpitalu psychjatrycznym.

(Streszczenie. — Oryg. cf. Now. Psychj. I.—II.).

Swoboda osobista stanowi najwyższe dobro, jakiem się cieszy i do czego ma niezaprzeczalne prawo każdy obywatel. Dla tego dobro to należy respektować oraz zapewnić mu wszelkiemi możliwemi gwarancjami — prawnemi i społecznemi — trwałość i niedopuścić, aby mogła być naruszona bezpodstawnie, niepotrzebnie, lub ograniczona bezprawnie.

Podkreślając postulat nienaruszalności swobody osobistej, trzeba się jednakże wystrzegać przesady, albowiem przesada w tym względzie

może niekiedy doprowadzić do absurdu, mianowicie w przypadku zachorzenia psychicznego, gdy chory, potrzebujący w celach kuracyjnych koniecznie opieki zakładowej, dobrowolnie nie chce się poddać skutecznemu leczeniu, a ze względu na zasadę nienaruszalności swobody osobistej, przymusowe oddanie go do szpitala byłoby zaniechane. Przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu psychjatrycznym jest naruszeniem swobody osobistej. Niektórzy chorzy protestują przeciwko umieszczeniu ich w zakładzie i wnoszą skargi do prokuratora wzgl. do władzy administracyjnej o rzekomo nieprawne pozbawienie ich swobody osobistej.

Autor omawia dwa przypadki protestu przeciwko internowaniu i wskazuje na niespodzianki, jakie czekają psychjatrę z powodu przyjęcia chorego do zakładu. Niefachowcy mają w przedmiocie umieszczenia psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym zapatrywania odmienne od opinji psychjatry, który kieruje się tylko przesłankami leczniczemi, podczas gdy laicy akcentują w pierwszej linji naruszenie zasady swobody osobistej.

Autor podkreśla, że kontrola i nadzór nad sprawami psychjatrycznemi są potrzebne i podaje rodzaje takiego nadzoru; odrzuca myśl nadzoru wykonywanego przez komisję złożoną z laików, jako nierealną, odradza od nadzoru komisji mieszanej (laicy + fachowcy), zgodziłby się na nadzór sądowy w formie rejestracji sądowej chorych, wkońcu przychodzi do wniosku, że najpraktyczniejszy sposób rozwiązania zadania byłoby ustanowienie osobnego Urzędu Centralnego dla Spraw Psychjatrycznych pod kierownictwem fachowca, który decydowałby o potrzebie pobytu w zakładzie i m. in. także w sprawach spornych w razie skargi chorego o pozbawienie go swobody osobistej z powodu umieszczenia go w zakładzie psychjatrycznym.

Dr. J. Gawroński (Dziekanka).

Zgłosił referat: Zakres działalności lekarza-wychowawcy w obrębie zakładu psychjatrycznego. (Streszczenie).

Autor zagaja swój referat poglądem, opartym na osobistem doświadczeniu i na współczesnej literaturze, dotyczącej odnośnego przedmiotu, że w okresie reformy opieki nad psychicznie chorymi, która staje się dziś aktualniejszą (polega ona na reorganizacji zakładów zamkniętych, otoczonych murem i krępujących wszelką swobodę przebywających tam chorych oraz na usunięciu wszelkich represji w formie zamykanych izolatek, łóżek osiatkowanych, wanien okratowanych, kaftanów,

kocy oraz podwórzy i ogrodów omurowanych, nadmiaru środków chemicznych otępiających, natomiast na otoczeniu chorych regime'm, zbliżonym do życia normalnego w rodzinie), koniecznością się staje intenzywny wpływ wychowawczy na chorych, a więc niezależnie od działalności psychjatrycznej równoległa działalność lekarza - wychowawcy. Jednem słowem: im więcej swobody dla psych. chorych, tem więcej przemyślanych i systematycznie realizowanych wpływów leczniczo-wychowawczych.

Uzasadniając w dalszym ciągu swej pracy wypowiedziany wyżej postulat, autor twierdzi,

1) że większość chorych, pozostających w zakładzie psychjatrycznym potrzebuje przeważnie i domaga się świadomie lub instynktownie wpływów wychowawczych, które wykonać może w sposób racjonalny li tylko personel pielęgniarski, stojący na odpowiednim poziomie kultury i oświaty oraz przygotowany do pełnienia zabiegów wychowawczych przez lekarzy - pedagogów.

2) Właściwy personel pielęgniarski nie powinien się rekrutować z personelu posługującego, nie posiadającego żadnych kwalifikacji do obcowania wpływającego wychowawczo na chorych, ale z osób o odpowiednim poziomie inteligencji i poświęcenia, przygotowanych do pełnienia tych trudnych obowiązków na kursach pedagogiki leczniczej.

3) Każdy zakład psychjatryczny współczesny winien posiadać oddział leczniczo - wychowawczy, połączony ze szkołą specjalną dla dziatwy i młodzieży psychopatycznej ew. psychicznie chorej oraz osobników nienormalnych w okresie rozwojowym, aby przed oczami psychjatrów rozwijał się obraz ewolucji zachorzeń psychicznych — od okresów wczesnego dzieciństwa, aż po wiek inwolucyjny i starszy. Wówczas zakład psychjatryczny stanie się z konieczności studjum psychjatrji porównawczej, co przyczyni się niewątpliwie do pogłębienia nauki i sztuki psychjatrycznej. Naturalną jest rzeczą, że kierownikami takich oddziałów nieletnich winni być lekarze - wychowawcy, korzystający ze stałej konsultacji lekarzy psychjatrów.

4) Wśród dorosłych chorych psychicznie jest znaczny procent oligofreników, którzy z racji swego niedorozwoju potrzebują intenzywnych wpływów wychowawczych oraz specjalnych oddziałów szkolnych, sal zajęć itp. urządzeń kształcących, wchodzących w zakres kompetencji lekarza wychowawcy, b) chorych psychicznie z natręctwami, nałogami, wymagających systematycznej i planowej interwencji leczniczo-wychowawczej.

5) Zakład psychjatryczny współczesny, stojący na poziomie wymagań przystosowania się do istotnych potrzeb psychicznie chorego i zbliżający jego rodzaj życia (w izolacji od szkodliwości środowiska rodzinnego i społecznego, z którego wyszedł), do życia normalnego, winien miarowo przeradzać się z systemu koszarowego w system rodzinny, a więc wychowawczy. Zamiast oddziałów koszarowych, mieszczących po 70 chorych, winny być w obrębie Zakładu, za wyjątkiem oddziałów obserwacyjnych, szpitalnych, infirmerji i oddziałów dla niespokojnych, siedziby rodzinne, złożone z maximum dziesięciorga odpowiednio dobranych chorych pod opiekę pielęgniarza wychowawcy lub pielęgniarki - wychowawczyni, resp. małżeństwa, rekrutującego się z personelu wychowawczego. Wówczas wpływy leczniczo - wychowawcze spotęgowałyby się znacznie i zatarłby się zupełnie charakter represyjny i więzienny zakładu, budzący dziś obawę i niechęć w społeczeństwie. Kierunek nad 10-ciu takiemi rodzinami należałby do konsyljum z lekarza wychowawcy, psychjatry i dyrektora zakładu.

Reasumując powyższe wywody, autor wyraża przekonanie, że w zakładach psychjatrycznych przyszłości, przystosowujących system opiekuńczy do istotnych potrzeb psychicznie chorych i uwzględniający ich ogólno ludzkie właściwości, działalność lekarzy psychjatrów i lekarzy - wychowawców winna odbywać się równolegle.

Dr. J. Gawroński (Dziekanka).

Zgłosił referat: Stanowisko psychjatry i lekarza-wychowawcy wobec najnowszego projektu prawa o sądach dla nieletnich w Polsce.

(Streszczenie. — Oryg. drukowany w Now. Psychj. 1928, III.—IV.).

Autor rozpoczyna swój referat od wzmianki, że opinja prawników o przestępstwach karnych, popełnianych przez nieletnich, uległa głębokiej zmianie pod koniec XIX wieku i że reorganizacja procedury prawnej wskutek powyższych zmian poglądów we wszystkich krajach cywilizowanych, wychodzi z zasadniczego założenia, iż wszelka represja karna wobec nieletniego przestępcy nawet w formie złagodzonej staje się szkodliwa i nie osiąga pożądanego celu. Zaznaczywszy pewne różnice podstawowe, spotykane obecnie w prawodawstwie dla nieletnich w różnych krajach Europy i poza nią, autor charakteryzuje projekt wspomnianego prawodawstwa w Polsce i wysuwa następujące postulaty.

1) Z racji, że większość przestępców nieletnich rekrutuje się z obciążonych dziedzicznie psychopatów, pochodzących ze środowisk

asocjalnych i niemoralnych, jest rzeczą niezbędną, aby psychjatrzy i lekarze - wychowawcy przyjmowali stale udział jako eksperci w obradach sądowych.

2) Badanie szczegółowe dziecka pod względem somatycznym, antropologicznym i psychobiologicznym. winno być przeprowadzone w specjalnie na ten cel urządzonych poradniach, pozostających pod kierunkiem odpowiednich lekarzy specjalistów: psychjatrów i lekarzy - wychowawców.

3) Poradnie te przy sądach dla nieletnich winny być uzupełniane internatami, służącymi jako stacje obserwacyjne, aby dziecko odrazu otoczone było racjonalną opieką i aby w tych warunkach pogłębiało się rozpoznanie natury dziecka - przestępcy.

4) Sędzia dla nieletnich opiera się w badaniu spraw nieletnich przestępców i wydawaniu odpowiednich wyroków na orzeczeniu powyższych poradni. które dają gwarancję ścisłości naukowej, gdyż to jest jedyna droga do osiągnięcia wyroków sprawiedliwych i do wyboru środków wychowawczych dla odrodzenia somapsychicznego dziecka przestępcy.

5) Powyższe postulaty winny być wprowadzone do paragrafów projektowanego prawa.

W zakończeniu autor przewiduje, że wspomniane poradnie przyczynią się do wykrycia istotnych przyczyn przestępstw u nieletnich i rozbudowy systemu profilaktycznego t. zn. zespołu środków leczniczo-wychowawczych, mających za zadanie zapobiedz przestępstwom u dzieci, poczem wylicza najważniejsze zagadnienia profilaktyki psychicznej i społecznej, którą w pierwszym rzędzie winny podjąć i przeprowadzić powyżej wymienione poradnie.

DYSKUSJA.

W dyskusji nad epilepsją zabierali głos doc. dr. Zieliński, Dr. Pręgowski, dr. Bornsztajn, dr. Bychowski.

Doc. dr. Zieliński

Podkreśla znaczenie hydroterapji, przez którą możemy w epilepsji hartować i tonizować układ wegetatywny, rolę zaburzeń wegetatywnych i naczynioruchowych podkreślał w swym referacie prof. Orzechowski. Dr. Z. porównując rezultaty badań metodą Rohrschacha dr. Drochockiego, ze spostrzeżeniami samego Rohrschacha i innych autorów, zaznacza ich sprzeczność i uważa, że dr. D. za daleko zaszedł w swych wnioskach, twierdząc, że stwarzanie typów jak schizoid, cykloid czy epileptoid, zuboża całe bogactwo zjawisk z tej dziedziny. Dr. Z. przestrzega przed rezygnowaniem z cennych zdobyczy w tej dziedzinie Kretschmera, Bleulera i Freuda.

Dr. P r ę g o w s k i

Wyraża mniemanie, że spostrzeżenia prof. Orzechowskiego, oparte na dodatnich wynikach stosowania odmy wewnątrzczaszkowej, tłomaczą jedynie mechanizm powstania samych napadów kurczowych, a nie mówią nic o patogenezie epilepsji. Dr. P. nie godzi się na anulowanie pojęcia padaczki samoistnej.

Dr. B o r n s z t a j n.

Wielu autorów przeprowadzało badania psychoanalityczne w epilepsji. Badania te rzucają światło na niektóre z psychoapatycznych objawów. Spostrzeżenia prof. Piltza nad delirium epilepticum pokrywają się w zupełności z wynikami badań psychoanalityków, którzy już niejednokrotnie podkreślali charakterystyczne cechy regresji tych objawów. Religijność, nadzwyczajna grzeczność, poniżanie się — są kompensatą tych impulsów sadystycznych i zbrodniczych, które tkwią u podstawy padaczki.

Dr. B y c h o w s k i (junior).

Zwraca uwagę na leczenie padaczki u dzieci Nirwanolem, szczególnie w „petit mal" jest ten środek skuteczny. Następnie przytacza, obserwowany przez siebie ciekawy przypadek histerji, który cechował się napadami nadzwyczaj podobnymi do epileptycznych i który ogólnie uważany był za epilepsję. Psychoterapja stosowana przez parę miesięcy uleczyła go zupełnie. Porusza jeszcze dyskutant ciekawy fakt, że zaburzenia pamięci w padaczce, które są uważane za objawy otępieniowe organiczne — mogą być zniesione na drodze sugestji.

W dyskusji nad sprawą opieki nad psychicznie chorymi i projektem ustawy dotyczącej tej opieki zabierali głos: pp. Dr. Łapiński, Dr. Bychowski (senior), Dr. Deresz, inż. Wojciechowski, Dr. Chodźko, Dr. Radziwiłłowicz, Dr. Rychliński, radca Cheliński, prof. Mazurkiewicz.

Dr. B y c h o w s k i (senior)

Trudność wprowadzenia u nas opieki otwartej polega na tem, że pojęcie choroby psychicznej, jako choroby społecznej — w społeczeństwie jeszcze się nie rozpowszechniło. W tym kierunku zrobiono i u nas już pierwsze kroki. W Warszawie i Amelinie znajduje się przychodnia dla alkoholików i dzieci niedorozwiniętych. Również na ulicy Wspólnej istnieje przychodnia dla alkoholików. W planie rozbudowy Warszawy jest przewidziane stworzenie przychodni opieki społecznej. Dr. B. proponuje zatwierdzenie przez zjazd uchwały, nawołującej do organizowania opieki nad psychicznie chorymi w Polsce.

Dr. B y c h o w s k i (junior).

Podkreśla, że Polska stoi z tyłu poza innymi krajami w sprawie opieki otwartej; uważa, że w dużym stopniu odgrywa tu rolę brak odpowiedniego nastawienia u ogółu psychjatrów polskich. Koniecznem również jest zwrócenie uwagi na sprawę wyszkolenia psycho - analitycznego lekarzy - psychjatrów, które u nas specjalnie szwankuje. Kasy chorych i instytucje ubezpieczeniowe nie mają zupełnie zrozumienia dla psychoterapji i ze wstydem trzeba myśleć o tem, że u nas jedynie ludzie uprzywilejowani mogą korzystać z psychoterapji.

Dr. Łapiński.

Podkreśla, że przedewszystkiem powinna cechować pielęgniarza dobroć serca, o czem nic nie może nam powiedzieć psychotechnika. Psychotechnika ma duże znaczenie teoretyczne, daje wiadomości o zdolnościach człowieka, o szybkości reakcji jego na pewne bodźce, nie ma mimo to jednak sposobu na określenie rzeczywistej zdolności do pracy w danym zawodzie. Wspomina o wielkich zasługach jakie położył na polu pracy nad badaniami psychologicznemi Abramowski. Charakterystyczne jest bardzo, że często psychopaci dają wspaniałe rezultaty przy badaniach psychotechnicznych, a jednak pracować nie potrafią.

Prof. Radziwiłłowicz.

Rządowy projekt ustawy jest płodem, który się urodził z konkubinatu między psychjatrą a sadownikiem i dlatego jest potworkiem. Treść do ustawy o opiece nad psychicznie chorymi powinien dać tylko psychjatra, a nie prawnik. W rządowym projekcie pomieszano właściwie dwie ustawy, t.j. o opiece nad psychicznie chorymi i o opiece nad ludźmi zdrowymi, ażeby nie zostali zbrodniczo pozbawieni wolności osobistej, przez umieszczenie w zakładzie psychjatrycznym. Podkreśla, że nigdzie w całej historji psychjatrji nie notowano nadużyć na tym tle. Prof. R. proponuje zredagowanie przez psychjatrów własnego projektu o opiece nad psychicznie chorymi i wystąpienie z nim w sejmie, niezależnie od projektu rządowego. Wyraża nadzieję, że myśl psychjatryczna znajdzie większe zrozumienie w sejmie, aniżeli w urzędniczych umysłach prawników. Do wniosku tego przyłącza się Dr. Rychliński.

Dr. Bednarz.

Podkreśla znaczenie referatu o psychotechnice i fakt, że referat ten wygłosił inżynier a nie lekarz psychjatra. Uważa, że specjalnie nadaje się na psychotechnika - psychjatra, gdyż odnosiłby się on krytyczniej do różnych metod badania. Tak np. test pakowania, który ma służyć do wykazania zdolności praktycznych, zupełnie inaczej wypadnie u człowieka, który miał już z tem kiedyś do czynienia, aniżeli u takiego, który się tem nigdy nie zajmował. Również test uwagi inaczej zupełnie wypadnie u inteligenta, który zna dobrze wykreślane litery, aniżeli u analfabety, który ma wykreślać figury geometryczne; są one bowiem dla niego dużo bardziej obce, niż dla ludzi czytających — litery.

W sprawie projektu ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, występuje przeciwko projektom prof. Radziwiłłowicza i Dr. Rychlińskiego. Jakkolwiek myśli tak jak wyżej wymienieni przedmówcy, to jednak zdaje sobie z tego sprawę, że wszelkie zdobycze kulturalne są zawsze wynikiem kompromisu i prawnicy mogliby jeszcze bardziej zniekształcić myśl psychjatryczną, aniżeli to dotąd zrobili. Jesteśmy krajem analfabetów, ogół lekarzy naszych nie ma pojęcia o psychjatrji, uniwersytety nasze nie mają katedr psychjatrycznych, a ogół społeczeństwa uważa psychjatrę za magika i czarnoksiężnika. Przy tych stosunkach ustawa psychjatryczna nie znalazłaby zupełnie zrozumienia w naszem społeczeństwie, byłaby dlań zbyt postępową — za dobrą. Projekt rządowy jest znacznie lepszy od ustawy np. austrjac-

kiej i jeżeli będziemy mu się sprzeciwiać, to fatalny stan prawny, pozostałych po zaborcach i dotąd obowiązujących trzech ustaw o opiece nad psychicznie chorymi, przeciągnie się na czas dłuższy.

Dr. D e r e s z.

Słusznie podkreślił profesor Mazurkiewicz, że dotychczasowe zjazdy zajmowały się przedewszystkiem psychjatrją naukową — czas jednak najwyższy, by zająć się energicznie psychjatrją społeczną. Brak jest u nas planu ogólno-państwowego w tej palącej kwestji. W departamencie zdrowia niema nikogo, ktoby się temi sprawami zajmował i z tej racji lekarze psychjatrzy, którzy stykają się na każdym kroku z niedolą psychicznie chorych i ich rodzin, powinni się tem zająć. Dr. D. proponuje, żeby stworzyć „Polskie Towarzystwo Opieki nad umysłowo chorymi", z filjami w całym kraju, któreby się zajęło wszelkiemi zagadnieniami, wchodzącemi w zakres psychjatrji społecznej. Oświadcza, że wniósł projekt do magistratu miasta Warszawy, o utworzenie przychodni społecznej. Zgłasza wniosek na plenum zjazdu, dotyczący tych spraw.

Prof. M a z u r k i e w i c z.

Uważa za rzecz niemożliwą, żeby Towarzystwo psychjatryczne wnosiło do sejmu swój odrębny projekt, obok projektu rządowego. Nie wyobraża sobie, żeby ciało tak liczne jak sejm, mogło się zdobyć na jednomyślną decyzję. Proponuję, żeby wybrać komisję, którąby broniła w sejmie stanowiska psychjatrów przy debatach nad tym projektem. Na członków tej komisji proponuję prof. Radziwiłłowicza, dyrektora Łuniewskiego i dr. Chodźkę.

Radca C h e l i ń s k i.

Uważa, że możliwą jest twórcza współpraca między prawnikami a lekarzami. Niesłusznie obrażają się lekarze psychjatrzy za wprowadzone do projektu, obowiązujące ich klauzule. Konstytucja przewiduje kto będzie sądził Prezydenta Rzeczypospolitej, sędziego itd., a jednak nie czują się oni tem urażeni. W prawodawstwach wszystkich krajów istnieją zastrzeżenia, co do możliwości zamknięcia człowieka zdrowego w zakładzie psychjatrycznym, w psychice współczesnego człowieka tkwi poczucie tej możliwości i z tem prawodawca musi się liczyć. Zaznacza, że moment jakiejkolwiek nieżyczliwości sądowników względem lekarzy, któraby kierowała wprowadzeniem tej klazuli, należy kategorycznie wykluczyć.

Inżynier W o j c i e c h o w s k i.

W odpowiedzi Dr. Łapińskiemu, że nie są miarodajne badania psychotechniczne przy angażowaniu pielęgniarza, o ile ten nie będzie miał dobrego serca — zaznacza, że z drugiej strony nie wystarczy na to, żeby być dobrym pielęgniarzem, mieć dobre serce, o ile się nie posiada koniecznych właściwości psychofizycznych do pełnienia tego zawodu. Uważa za konieczne wprowadzenie badań psycho-technicznych w kierunku uczuciowości badanego — należałoby tylko obmyśleć odpowiednie w tym celu metody. Podkreśla, że wielki psychjatra dr. Toulouse jest jednym z pionierów psychotechniki. W odpowiedzi dr. Bednarzowi przypomina, że z góry zastrze-

gał się co do względności podanych prób i testów, niemniej jednakże każda z tych metod badania, o ile znajdzie się w rękach doświadczonego psychotechnika, ma pozytywną wartość.

Dr. Rychliński.

Sprzeciwia się poglądom dr. Bednarza, nie możemy dopuszczać do tego, żeby nasza uczciwość była podejrzewana. Ustawa taka deprawowałaby nasze dusze. Jest dumnym z tego, że jest Polakiem, jest dumny z prawników polskich, którzy stworzyli najlepsze istniejące prawo hipoteczne i nie widzi powodu, dla którego mielibyśmy się godzić na wprowadzenie niedość dobrej, a w niektórych miejscach wręcz krzywdzącej nas ustawy.

TRZECI DZIEŃ ZJAZDU 29 MAJA W TWORKACH.

Odczyty luźne.

Dr. Wizel i Dr. Markuszewicz (Warszawa).

Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą.

Referenci przedstawiają wyniki leczenia malarją schizofrenji, wyciągając następujące wnioski. Leczenie malarją w przypadkach przewlekłych żadnych wyników nie daje; natomiast jest ogromnie skuteczne w przypadkach ostrych i perjodycznych. Ważnem jest, w którym miesiącu choroby jest zastosowana zimnica. Najpomyślniejsze wyniki osiągnięto przy stosowaniu leczenia w pierwszem półroczu trwania choroby.

Dr. Matecki (Warszawa).

Leczenie schizofrenji zimnicą.

Referent stosował leczenie zimnicą u 60-ciu schizofreników, z których więcej jak połowa miała postać katatoniczną. W 48% przypadków otrzymał pewne polepszenie. Jest to procent taki sam, w jakim występuje samoistnie poprawa w schizofrenji, bez leczenia malarją. Wyraża mniemanie, że zimnica broni przed zupełnem otępieniem schizofrenijnem. Odnosi się krytycznie do optymistycznych wniosków poprzednich referentów o leczeniu schizofrenji zimnicą.

Dr. Handelsman (Tworki).

Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma.

Leczenie schizofrenji solami metali ciężkich, ma duże podstawy teoretyczne — wprowadził je Reiter uważając, że schizofrenja jest wywołana zaburzeniami endokrynnemi, lub zatruciem infekcyjnem — metoda ta dąży do odtrucia ustroju. Referent przeprowadzał leczenie solami manganu u 30 chorych. Notuje pewną poprawę w schizofrenji pa-

ranoidalnej, a mianowicie na 17 takich przypadków, u dwóch chorych wystąpiła znaczna poprawa, u dwóch innych mniejsza, w 13 przypadkach stan się nie zmienił.

Dr. Jankowska (Wilno).

Przyczynek do nauki o ejdetyzmie i jego związki z konstytucją fizyczną.

Autorka przeprowadzała badania nad spostrzeżeniami ejdetycznemi u 46 osób, stosując przytem zabieg hyperwentylacji w celu wywołania stanu tężyczkowatego, który podług koncepcji Waltera Jamsche ma warunkować typ „T" spostrzeżeń ejdetycznych. U badanych (niemal wyłącznie dzieci) przeważał wybitnie pod względem fizycznym typ „B", spostrzeżenia zaś ejdetyczne wyższych stopni, prawie wyłącznie również nosiły cechy typu — „B". Autorka nie spostrzegała po hyperwentylacji pojawienia się lub nasilenia się cech ejdetycznych typu „T". Raczej zyskiwały one na plastyczności, ruchliwości, wyrazistości, oraz na zasadniczem zabarwieniu — z czego można wnioskować o kumulowaniu się wpływu na tego rodzaju zjawiska psychiczne stanów basedowoidalnych i tężyczkowatych. Autorka spostrzegała również zjawiska ejdetyczne w dziedzinie pozostałych zmysłów, które niejednokrotnie nasilały się po hyperwentylacji. — Co się tyczy drugiego zagadnienia, które autorka sobie stawia, a mianowicie stosunku spostrzeżeń ejdetycznych do omamów (rzeczywistych i rzekomych) — to cechy odróżniające spostrzeżenia ejdetyczne od omamów wogóle, widzi w tem, że treścią spostrzeżeń ejdetycznych są wyobrażenia, znajdujące się w ognisku świadomości i że są one wywołane dowolnie wysiłkiem uwagi. Od omamów rzeczywistych odróżnia je prócz tego krytycyzm i świadomość doświadczającej osoby, że zjawisko jest czysto podmiotowe, — od omamów zaś rzekomych — doświadczanie ich w tak zwanem przedmiotowem polu widzenia.

Dr. Janusz (Kulparków).

Eteryzacja jako metoda rozpoznawcza w psychjatrji.

Metoda badania psychicznie chorych, za pomocą narkozy eterowej, była stosowana przez Claude, Borin, Schultza, Szpakowskiego i innych. Jest to swoista próba psychiki, nadająca się do badania chorych autystycznych, negatywistycznych i silnie zahamowanych. Dzięki tej metodzie, można często zdać sobie sprawę z treści psychozy, ujawnić kompleksy ideoplastyczne, odsłonić ukryte mechanizmy.

Dr. Brunowa (Warszawa).

Z badań nad genealogją rodzin alkoholików.

Referentka przedstawia swe spostrzeżenia nad badaniem dziedziczności czterech, ciężko obarczonych, rodzin. W rodzinach tych istnieją rozległe i różnorakie obarczenia — spotykamy tam alkoholizm, zwyrodnienie alkoholowe, dysomanję, epilepsję, typy zbrodnicze. Nie było ani jednego przypadku psychozy manjakalno - depresyjnej, parę zaledwie przypadków schizofrenji, częste bardzo konwulsje w dzieciństwie. We wszystkich tych rodzinach intolerencja alkoholowa dziedziczyła się przez kobiety, przechodziła z matki na dzieci.

Dr. Mikulski (Warszawa).

Badania zasobu słów u osób zdrowych i u porażeńców postępujących.

Dr. Bornsztajn (Warszawa).

Znaczenie Freudyzmu dla psychjatrji.

Rozwój Freudyzmu można podzielić na trzy etapy: 1) okres kompleksów, stwierdzanych metodą kojarzeniową Jounga, 2) postęp psychoanalizy i ujęcie nerwic, jako zaburzeń związanych z pewnym okresem rozwoju libido, 3) stwierdzono, że również i psychoza manjakalno - depresyjna i schizofrenja są związane z okresami fiksacji libido w obrębie sfery moralnej, przy pomocy mechanizmu introjekcji. Najsilniej zaznaczyła się psychoanaliza w schizofrenji — dzięki niej można wyjaśnić choremu pewne chorobowe objawy i sprowadzić go do życia i pracy. Psychoanaliza pozwoliła nam zajrzeć w głąb duszy chorego. Wspomina o jednym przypadku melancholji, w którym przeprowadzał psychoanalizę i ta stwierdziła wyżej wyrażone poglądy na mechanizmy psychiczne, tkwiące w tej psychozie.

DYSKUSJA.

Dr. Wizel.

Omawia nadal leczenie schizofrenji zimnicą i podkreśla pozytywne wyniki lecznicze. Sprzeciwia się wnioskom dr. Mateckiego, ażeby w schizofrenji występowała w 48% samoistna remisja. Przypuszczalnie Dr. M. uważał za remisję najdrobniejszą chwilową poprawę. W literaturze światowej są notowane remisje w schizofrenji zaledwie w kilkunastu procentach przypadków.

Dr. Morawski.

Przytacza wyniki leczenia schizofrenji solami ciężkich metali, przeprowadzone przez Dr. Zielińskiego w Batowicach. Z 17-stu przypadków, w jednym wystąpiła znaczna poprawa, w dwóch wyraźne polepszenie, i w dwóch lekka poprawa. Wyniki występowały dopiero w dalszym przebiegu

kuracji. Jako przeciwwskazanie tej kuracji, jest zaostrzenie gruźlicy. Dyskutant zwraca uwagę na nadużywanie obliczeń procentowych przy małej ilości przypadków, które to obliczenia wtedy nie mają żadnej wartości. Co do referatu Dr. Brunowej, Dr. M. zwraca uwagę, że wyprowadzanie wniosków genealogicznych w rodzinach, gdzie mamy prócz usposobienia psychopatycznego, jeszcze i zewnętrzne zatrucia, — jest bardzo ryzykowne, gdyż działają tutaj dwa czynniki, które wzajemnie się kombinują.

Dr. Pręgowski.

Referat Dr. Bornsztajn określa, jako pełną polotu poezję, a nie referat naukowy — protestuje przeciwko wyciąganiu wniosków na podstawie jednego przypadku. Podkreśla wartość leczenia schizofrenji malarją.

Dr. Siwiński.

Donosi, że i w Kochanówce leczono schizofrenję malarją. Uważa za słuszne krytyczne stanowisko w tej sprawie Dr. Mateckiego. Spostrzegano w schizofrenji przewlekłej wybitną remisję po leczeniu malarją.

Dr. Nelken.

W sprawie eteryzacji, — gdyby się okazało, że u chorych, dzięki narkozie eterowej, można wniknąć w treść ich przeżyć — można by badać w ten sposób przestępców. Łączy się ta kwestja z zagadnieniem, które się wysuwa przy obserwacjach psychjatrycznych przypadków sądowych, a mianowicie jakie metody badania wolno nam wtedy stosować. Dyskutant sprzeciwia się kategorycznie stosowaniu jakichkolwiek metod badania wbrew woli badanych. Każdy przestępca ma prawo osobistej obrony i materjał dowodowy nie może być z niego czerpany, wbrew jego woli. Dr. N. wyraża mniemanie, że w obserwacjach sądowych nie mamy prawa stosować próby alkoholowej, pobierać krew i robić nakłucie lędźwiowe, wbrew woli badanych. W sprawie psychoanalizy zaznacza, że już nawet w obozie przeciwników psychoanalizy, wtargnęła ona do wywiadów, jako badanie treści psychozy. Wyraża mniemanie, że za lat 30 zmieni się zasadniczo stosunek świata psychjatrycznego do psychoanalizy — na jej korzyść.

Dr. Bychowski (junior).

Podkreśla wartość pracy Dr. Mateckiego. Swego czasu stosował, ale bez powodzenia eteryzację — w tym samym celu z dobrym wynikiem dawał duże dawki kokainy. Uważa, że psychoanaliza daje większe rezultaty niż eteryzacja i nie da się nią zastąpić.

Związek schizoidji z alkoholizmem, uwidoczniony w pracy Dr. Brunowej, tłomaczy sobie częstem występowaniem alkoholizmu u nerwicowców, którzy znów nie rzadko rekrutują się ze schizoidów.

Dr. Wilczkowski.

Zabiera głos w sprawie leczenia antymalarycznego przy przerywaniu malarji. Znajdował w krwi pacjentów, u których malarja wygasła samoistnie, plazmodja malarji nawet po paru miesiącach — mogły one służyć w każdej chwili jako punkt wyjścia do nawrotu choroby. Uważa za błąd lekarski niestosowanie pełnego leczenia antymalarycznego w przypadkach samoistnego przerwania się malarji.

Dr. Matecki.

Polemizuje z Dr. Wizlem w sprawie wyników leczenia schizofrenji malarją.

Dr. Bornsztajn.

W odpowiedzi Dr. Pręgowskiemu zaznacza, że zwyczajna miara statystyczna nie może być stosowana do przypadków psychoanalitycznych. Nie on jeden jednak przeprowadzał psychoanalizę w psychozach i wszyscy dochodzili do podobnych, jak on rezultatów.

Następnie przedłożył Zjazd do uchwalenia zgłoszonych wniosków, przyjmując jednogłośnie następujące wnioski:

I. Wniosek Dr. Deresza został przyjęty z zastrzeżeniem, że ostatnia jego część, tycząca alkoholizmu będzie ogłoszona „pro foro externo".

Zważywszy na katastrofalny stan opieki nad psychicznie chorymi w Polsce, VIII Zjazd Psychjatrów stwierdza, że niezwłoczna, wydatna akcja ze strony rządu jest konieczną.

Dla przeprowadzenia planowej organizacji opieki nad psychicznie chorymi niezbędnem jest:

1) ustanowienie centralnego, antorytatywnego, uposażonego w należyte środki i siły pomocnicze, — Urzędu do spraw psychjatrycznych.
2) Śpieszne przeprowadzenie przez ciała prawodawcze ustawy psychjatrycznej.
3) Wyjednanie dostatecznych kredytów na rozpoczęcie budowy nowych zakładów psychjatrycznych.
4) Polecenie czynnikom administracyjnym (lekarzom wojewódzkim i powiatowym), aby w porozumieniu z samorządami, powołali do życia organizacje społeczne dla opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi.
5) Ustalenie znacznych dodatków do uposażeń personelu zakładów psychjatrycznych wogóle, a lekarzy w szczególności, gdyż obecne wynagrodzenie lekarzy nie może zaspokoić nawet podstawowych potrzeb człowieka kulturalnego.
6) Zorganizowanie kursów dokształcających dla lekarzy, którzy zechcą się poświęcić psychjatrji, oraz kursów dla personelu pomocniczego.

Ze względu na znaczny wpływ wywierany przez alkohol na rozwój chorób psychicznych, oraz na ogólny stan zdrowotny, moralny i społeczny ludności — Zjazd zwraca się do władz rządowych z gorącym apelem wykonania w całej rozciągłości ustawy przeciwalkoholowej, — właściwego całkowitego wydatkowania sum, przeznaczonych przez ustawę, na walkę z alkoholizmem.

II. Wniosek Dr. Bychowskiego.

Zważywszy, że rozwój hygieny psychicznej pod względem państwowym jest niemniej ważny, niż rozwój hygieny fizycznej, zwraca uwagę, tak społeczeństwa, jak rządu, na konieczność zaopiekowania się w tym celu psychjatrją w Polsce, a to przez rozwój szpitalnictwa, odpowiednie wyposażenie klinik psychjatrycznych, oraz stworzenie dostatecznie licznego i odpowiednio przygotowanego stanu lekarzy psychjatrów.

III. Wniosek Dr. Łapińskiego.

Ogłoszony w prasie.

Opieka nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem znajduje się w stanie rozpaczliwym. Władze rządowe i samorządowe projektują częstokroć bez udziału rzeczoznawców budowę zakładów psychjatrycznych w rozmaitych okolicach Rzeczypospolitej. VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich, uważa postępowanie takie za niedopuszczalne i prosi władze odnośne, by w sprawie opieki nad psychicznie chorymi, bez udziału psychjatrów, nic nie przedsiębrano.

IV. Wniosek Dr. Łuniewskiego.

Celem ujednostajnienia sprawozdań zakładowych i umożliwienia zbierania materjału statystycznego dotyczącego nosologji psychjatrycznej całej Polski. Zjazd powołuje komisję, która przedstawi następnemu Zjazdowi projekt wzorowego sprawozdania. Do komisji powołano: dyr. Łuniewskiego, dyr. Piotrowskiego, dr. Beckera, dr. Nelkena, dyr. Bednarza.

V. Wniosek Dr. Fuhrmanna. Przyjęty w zasadzie, zarząd ma go zmodyfikować.

VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie zważywszy, że sprawa jednolitego zorganizowania szkolenia służby pielęgniarskiej w polskich zakładach psychjatrycznych jest doniosłą i pilną, wybiera komisję siedmiu członków, wśród nich delegata Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, która 1) ustali zakres wymagań stawianych kandydatom do zawodu pielęgniarskiego, 2) w ogólnych zarysach określi program szkolenia, 3) jednemu lub kilku autorom poleci napisanie zgodnego z temi zarysami podręcznika i 4) zaopinjuje i zajmie się wydaniem tegoż podręcznika.

VI. Wniosek prof. Radziwiłłowicza.

Wydanie ustawy o opiece nad psychicznie chorymi jest szczególnie pilne. Ustawa powinna być oparta na zasadach ustalonych przez II. Zjazd Psychjatrów Polskich, odbyty w Poznaniu w 1921 r.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich wybiera delegację, której poracza ochronę powyższych zasad. W skład delegacji wchodzą: Dr. Chodźko, prof. Radziwiłłowicz, Dyr. Łuniewski z prawem kooptacji.

Na tem zamknięto obrady VIII. Zjazdu Psychjatrów Polskich i przystąpiono do wyznaczenia miejsca i terminu następnego Zjazdu.

Na wniosek prezydjum uchwalono jednogłośnie, ażeby IX-ty Zjazd Psychjatrów Polskich odbył się w końcu września 1929 roku w Wilnie, razem ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników.

Jako tematy na najbliższe dwa zjazdy prof. Radziwiłłowicz proponuje: na rok 1929 porażenie postępujące — na rok 1930 alkoholizm. Dr. Bornsztajn stawia wniosek, ażeby tematem głównym przyszłego zjazdu była „psychopatja konstytucjonalna".

Pierwszą część wniosku prof. Radziwiłłowicza i wniosek Dr. Bornsztajna poddano pod głosowanie i większością głosów został wybrany, jako temat główny na zjazd w 1929 roku — „psychopatja konstytucjonalna"; na rok 1930 przyjęto jednogłośnie proponowany przez prof. Radziwiłłowicza jako temat główny „alkoholizm".

Na wniosek prezydjum — plenum zjazdu postanowiło jednogłośnie pozostawić wybór tematów, tyczących zagadnień psychjatrji społecznej prezydjum zjazdu.

Prof. Radziwiłłowicz zamyka VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich.

Protokół z walnego zebrania Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w dniu 29. V. 1929 r. w Tworkach.

Prof. Mazurkiewicz otwiera walne zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, proponując następujący porządek dzienny, który został jednogłośnie przyjęty: I.) sprawozdanie ustępującego zarządu, II.) wybór nowego zarządu i redaktora Rocznika Psychjatrycznego, III.) wolne wnioski.

Następnie prof. Mazurkiewicz prosi o przewodniczenie obradom Dyr. Wiendlochę, który obejmując przewodnictwo powołuje na sekretarza Dr. Zajączkowskiego.

Przystąpiono do pierwszego punktu porządku dziennego.

1) sprawozdanie sekretarza Dr. Sterlinga,
2) sprawozdanie skarbnika Dr. Łapińskiego,
3) sprawozdanie wydawcy Rocznika Psychjatrycz. Dr. Handelsmana,
4) sprawozdanie komisji rewizyjnej Dr. Wicherta.

Prof. Radziwiłłowicz składa podziękowanie Dr. Sterlingowi i Dr. Łapińskiemu za gorliwość w ich pracy dla Towarzystwa. Zwraca uwa-

gę, że operując tak małemi sumami, nie powinno się trzymać pieniędzy w kasie i lepiejby było, gdyby 1000. zł. nadwyżki, które przedstawił skarbnik, były już dawno wydatkowane na powiększenie wydawnictwa.

Dyr. Wiendlocha dziękuje w imieniu wszystkich Dr. Handelsmanowi za jego nadzwyczaj owocną pracę, jako wydawcy Rocznika Psychjatrycznego. Następnie przewodniczący otwiera dyskusję nad sprawozdaniem ustępującego zarządu.

DYSKUSJA.

Dr. Deresz stawia wniosek, aby zmienić sposób wybierania zarządu, mianowicie: 1) żeby zarząd wybierali delegaci z poszczególnych środowisk, a nie walne zebranie. 2) Aby rozszerzyć działalność Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego na dziedzinę społeczną i stworzyć sekcję opieki społecznej, 3) w razie potrzeby zmienić statut P.T.P., ewentualnie powiększyć skład zarządu. Dyr. Bednarz popiera projekt Dr. Deresza stworzenia sekcji P.T.P. opieki społecznej, uważa jednak, że zarząd powinien być wybierany przez walne zgromadzenie. Wobec tego, że w dniu ostatnim Zjazdu część uczestników już jest nieobecna i ogół jest już obradami przemęczony, Dr. B. stawia wniosek, aby podczas następnego Zjazdu walne zebranie P.T.P. odbyło się drugiego dnia Zjazdu po skończonych debatach nad głównym referatem.

Prof. Radziwiłłowicz i Dyr. Morawski obstają przy utrzymaniu dotychczasowej organizacji P.T.P. a mianowicie: walne zebranie wybiera zarząd, a nie delegaci poszczególnych środowisk.

Dr. Łuniewski zaleca dążyć do stworzenia urzędu do opieki społecznej, a nie tworzyć specjalnej sekcji w Towarzystwie Psychjatrycznem P.T.P. mogłoby udzielać rad i wskazówek powyższemu urzędowi.

Na tem dyskusję wyczerpano.

Przewodniczący przystępuje do głosowania nad wnioskami Dr. Deresza i Dyr. Bednarza.

W sprawie formalnej zabiera głos Dr. Pręgowski i prof. Radziwiłłowicz.

Dr. Pręgowski stawia wniosek, ażeby wniosku Dr. Deresza nie przegłosowywać, a oddać do załatwienia zarządowi.

Wniosek ten przechodzi jednogłośnie.

Prof. Radziwiłłowicz proponuje, ażeby wniosku Dyr. Bednarza nie uchwalać, jako uchwały obowiązującej, ale w formie rezolucji — na co zgadza się wnioskodawca. Wniosek przechodzi jednogłośnie.

Komisja rewizyjna stawia wniosek, żeby ustępującemu zarządowi uchwalić absolutorjum. Wniosek przechodzi jednogłośnie.

Następnie Dyr. Bednarz składa sprawozdanie z komisji zawodowej P. T. P.

Dyr. Wiendlocha otwiera dyskusję nad powyższym sprawozdaniem.

DYSKUSJA.

Dyr. Cyran uważa, że za dużo było dyrektorów członkami komisji zawodowej, a za mało asystentów i ordynatorów, którzy najbardziej są upośledzeni. Wyraża zadowolenie z ogólnego brzmienia memorjału; proponuje poprawkę w kwestji wymiany lekarzy w razie potrzeby, między poszczególnymi zakładami, przez dodanie zastrzeżenia, że będzie to robione ze zgodą tychże lekarzy.

Dr. Prager proponuje, żeby określić w projekcie na jaki przeciąg czasu mogliby być wymieniani lekarze między poszczególnemi zakładami.

Prof. Radziwiłłowicz i Dr. Deresz podkreślają nader owocną dotychczasową pracę Komisji zawodowej w jej obecnym składzie i proponują, ażeby utrzymać tę komisję niezmienioną na rok następny.

Dyr. Łuniewski uważa, że komisja do spraw zawodowych powinna stale w P.T.P istnieć; należałoby tylko skład tej komisji zmienić, a mianowicie, ażeby w równej mierze byli reprezentowani w niej dyrektorzy, ordynatorzy i asystenci.

Dyr. Bednarz obawia się przeprowadzenia wniosku co do składu komisji Dr. Łuniewskiego, gdyż różnice dzielnicowe sprawiają jeszcze wiele trudności i uważa, że w skład komisji powinni wchodzć reprezentanci poszczególnych środowisk — wskazanem byłoby tylko, ażeby do reprezentacji poszczególnych dzielnic weszli także asystenci. Zgadza się na poprawkę Dyr. Cyrana — zwraca się do walnego zebrania, ażeby zadecydowało, czy komisja zawodowa ma dalej istnieć.

Dr. Deresz stawia wniosek, ażeby utrzymać komisję zawodową na rok następny w jej dotychczasowym składzie.

Przewodniczący podaje pod głosowanie wnioski: Dyr. Cyrana i Dr. Deresza, które przeszły jednogłośnie.

Następnie przystąpiono do drugiego punktu porządku dziennego wyboru nowego zarządu.

Prof. Mazurkiewicz imieniem ustępującego zarządu, proponuje listę nowego zarządu P. T. P.

1) na przewodniczącego — Dr. Chodźkę,
2) na vice przewodniczącego — Dyr. Łuniewskiego,
3) na sekretarza — Dr. Handelsmana,
4) na skarbnika — Dyr. Łapińskiego,
5) na redaktora Rocznika Psychj. — pułk. Dr. Nelkena,
6) na wydawcę Rocznika Psychj. — Dr. Handelsmana.

Dyr. Łapiński prosi, ażeby na niego nie głosowano — równocześnie zaznacza, że dotychczasowym redaktorem Rocznika Psychjatrycznego był prof. Mazurkiewicz, doskonale prowadząc wydawnictwo; proponuje pozostawienie prof. Mazurkiewicza na stanowisku redaktora, dodając mu jeszcze kogoś do pomocy.

Prof. Mazurkiewicz stanowczo zastrzega się przeciw stawieniu jego kandydatury na redaktora Rocznika Psychjatrycznego — chce pracować jedynie nadal w komitecie redakcyjnym.

Dyr. Łuniewski wyraża mniemanie, że ponieważ zmienia się kierunek działalności P. T. P., więc powinni wejść do zarządu nowi członkowie, którzy są inicjatorami tych nowych prądów; a mianowicie proponuje na członka zarządu Dr. Deresza.

Dr. Deresz stanowczo zastrzega się przeciw stawianiu jego kandydatury.

Przewodniczący przystępuje do głosowania nad zgłoszonemi kandydaturami.

Na przewodniczącego P. T. P. zostaje wybrany przez aklamację Dr. Chodźko.

Na vice przewodniczącego — Dyr. Łuniewski,
Na sekretarza — Dr. Handelsman,
Na skarbnika — Dyr. Łapiński,
Na redaktora Rocznika Psychj. — pułk. Dr. Nelken,
Na wydawcę Rocznika Psychj. — Dr. Handelsman.

Do komisji rewizyjnej — Dr. Wichert, Dyr. Bednarz i Dr. Deresz. Wszystkie te kandydatury przeszły jednogłośnie.

Na tem wyczerpano drugi punkt porządku dziennego.

Prof. Radziwiłłowicz składa podziękowanie Dyr. Wiendlosze za przewodniczenie walnemu zebraniu. Obejmując przewodnictwo walnego zebrania przewodniczący P. T. P. Dr. Chodźko, wyraża podziękowanie za zaszczytny wybór na przewodniczącego P. T. P. Następnie przechodząc do ostatniego punktu porządku dziennego, wzywa do wnoszenia wolnych wniosków.

Nikt wniosku nie zgłosił.

Przewodniczący Dr. Chodźko zamyka walne zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

PROGRAM VI ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

urządzanego w Rzymie od 24. do 28. września br. przez włoski związek przeciwgruźliczy.

15—24 września.

okres wstępny poprzedzający otwarcie Zjazdu. Taryfa ulgowa na kolejach włoskich od granic Włoch do Rzymu i ośrodków organizacyj przeciwgruźliczych.

24 września

g. 10 — Zebranie Komitetu Wykonawczego Związku Międzynarodowego.

g. 16 — Zebranie Rady Związku Międzynarodowego.

g. 10 — 17 — Rozdanie odznak i dokumentów członkom Zjazdu.

g. 21 — Przyjęcie urządzane przez prezesa włoskiego związku przeciwgruźliczego.

25. września.

g. 8 — Dalszy ciąg rozdawania znaczków i dokumentów.

g. 10 m. 30 — Uroczyste otwarcie Zjazdu na Kapitolu.

g. 11 m. 30 — Przyjęcie urządzone przez gubernatora Rzymu.

g. 15 — Referat i dyskusja na temat biologiczny: Postaci przesączalne zarazka gruźliczego. Ref. Prof. Albert Calmette (Paryż).

26. września.

g. 8 m. 30 — Referat i dyskusja na temat kliniczny: Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej. Ref. prof. Rocco Jemma (Neapol).

g. 11 — Odczyt prof. Eug. Morelli z Pawji: C. Forlanini a odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc.

g. 14 m. 30 — Zwiedzanie sanatorjum „Cesare Battisti", Czerwonego Krzyża Włoskiego i instytucyj przeciwgruźliczych w Rzymie.

g. 19 — Wyświetlanie filmów przeciwgruźliczych Dep. Zdrowia Publicznego we Włoszech. —

27. września.

g. 8 min. 30 — Referat i dyskusja na temat społeczny: Zapobieganie gruźlicy na wsi. Ref. dr. William Brand (Londyn).

g. 11 m. 30 — Odczyt na temat ubezpieczenia obowiązkowego przeciw gruźlicy we Włoszech.

g. 14 m. 30 — Ogólne zebranie Związku.

g. 15 — Zwiedzanie instytucyj przeciwgruźliczych w Rzymie.

g. 18 m. 30 — Odczyt na temat: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. Prof. L. Brauer (Hamburg). —

28. września.

g. 8 m. 30 — Wyjazd specjalnym pociągiem do Anzio. Wycieczka do sanatorjum wojskowego. Posiłek w „Paradiso sul Mare".

g. 18 — Powrót do Rzymu.

g. 21 — Wyjazd do Medjolanu.

29. września — pobyt w Medjolanie.

REGULAMIN WEWNĘTRZNY VI. ZJAZDU.

Mówcy zapisani do dyskusji przed 15. września (w P.Z.P. przed 15 lipca) będą mogli mówić 10 minut, mówcy zapisani w dniu wygłoszenia referatu — 5 m.

Streszczenie dyskusji będzie podane po każdem przemówieniu w języku używanym przez głównego referenta.

Każdy mówca biorący udział w dyskusji jest proszony o złożenie do sekretarjatu Zjazdu w czasie posiedzenia tekstu lub streszczenia swego przemówienia. —

Sprawozdania z posiedzeń i dane statystyczne dostarczone przez związki przeciwgruźlicze z poszczególnych krajów będą zamieszczone w Biuletynie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Związek Międzynarodowy przyjął zasadę ze względów czysto praktycznych utrzymania języka francuskiego i angielskiego dla wydawnictw i dyskusji, dodania dla dyskusji języka tego kraju, w którym się odbywa Zjazd oraz przyjęcia w dyskusji innych języków, zalecając jednak mówcom wybór jednego z wyżej wymienionych języków, by jaknajwiększa liczba słuchaczów mogła wziąć udział w obradach. —

ZAPISY NA ZJAZD

przyjmuje Polski Związek Przeciwgruźliczy (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15-go lipca r. b. — W charakterze członków Zjazdu mogą być przyjęte osoby nienależące do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (lekarze i działacze społeczni na polu walki z gruźlicą), a polecone przez Departament Służby Zdrowia M. S. Wew. lub Polski Związek Przeciwgruźliczy.

Wpisowe wynosi 50 złotych. Żony członków Zjazdu będą korzystały z tych samych ulg, co i członkowie Zjazdu.

WYCIECZKA DO SANATORJÓW WŁOSKICH

odbędzie się po ukończeniu obrad Zjazdu. Program wycieczki jest następujący:

30-go września: Medjolan, Sondrio, Sanatorjum „Prasomaso“, „Abetina“, „Pinata di Sortenna“, „Bormio“.

1-go października: „Stelvio Passo“, lub Alto Adige, Meran.

2, 3, 4-go października: Pobyt w Meranie, wyjazd do Bolzano.

5-go października: Sanatorjum Griserhof, lub Nressanone. San. „Passo of Mendola“, wyjazd do Arco.

6-go października: Powrót przez jezioro Garda do Medjolanu.

Koszt wycieczki wynosi 350 lirów, udział należy zgłosić razem z zapisem na Zjazd. Liczba uczestników wycieczki została ograniczona do 300, zapisy będą przyjmowane w kolejności zgłoszeń.

MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA PRZECIWGRUŹLICZA urządzona w Rzymie z okazji Zjazdu trwać będzie od 25-go września do 10-go października r. b. W wystawie przewidywany jest udział 35 Państw, członków Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

P. S. Informacji szczegółowych udziela Polski Związek Przeciwgruźliczy, Warszawa, Chocimska 24. o

---

XIII ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W WILNIE.

(Okólnik Nr. 2)

Od chwili wydania w kwietniu b. r. pierwszego okólnika w sprawie Zjazdu prace przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego posunęły się następująco:

I. Termin Zjazdu ustalono na d. 26—29 września 1929 r.

II. Sekcje naukowe zorganizowały się w sposób następujący:

Sekcja Nr. 1 (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przewodniczący: prof. dr. Wiktor Staniewicz; zastępcy przewodniczącego: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekretarz: Prof. dr. Juljusz Rudnicki, zast. sekretarza: prof. dr. Stefan Kempisty.

Adres biura Sekcji: Obserwatorjum Astronomiczne U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 2 (Chemji). Przewodniczący: prof. Kazimierz Sławiński, zast. przew.: prof. dr. Edward Bekier, sekretarz: Magister Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład Chemji Organicznej U. S. B. ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3 (Geologji, geofizyki, geografji, mineralogji i paleontologji). Przewodniczący: prof. dr. Bronisław Rydzewski, sekretarz: dr. Paweł Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 4 (Anatomji, zoologji, antropologji i biologji). Przewodniczący: prof. dr. Jerzy Alexandrowicz, sekretarz: prof. dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 5 (Botaniki). Przewodniczący: prof. dr. Józef Trzebiński, zastępca przewodniczącego: prof. dr. Piotr Wiszniewski, se-

kretarz: Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki rolniczej U.S.B. ul. Zakrętowa Nr. 1 (Collegium im. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6 (Przyrodniczo-dydaktyczna). Przewodniczący: dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 11), zast. przewodn.: dr. Aleksander Dmochowski (ul. Mała Pohulanka 1), sekretarz: Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7 (Przyrodniczo-rolnicza). Przewodniczący: prof. dr. Stefan Bazarewski, sekretarz: inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. ul. Zakrętowa 1.

Sekcja Nr. 8 (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Opoczyński, zastępca: prof. dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, sekretarz: dr. Zygmunt Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji Patologicznej U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 9 (Bakterjologji, hygieny i medycyny społecznej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt, zastępcy: prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman, sekretarz: doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład hygjeny U.S.B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10 (Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przewodniczący: prof. dr. C. Traczewski, zastępca przewodniczącego: prof. dr. M. Eiger, sekretarz: dr. M. Jagodowski. Biuro: zakład fizjologji U. S. B. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 11 (Medycyny wewnętrznej). Przewodniczący: prof. dr. Z. Orłowski,zast. przew.: dr. Leon Klott, sekretarze: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. — szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12 (Chirurgji i radiologji). Przewodniczący: prof. dr. K. Michejda. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13 (Otolaryngologji). Przewodniczący: prof. dr. J. Szmurło, zastępca przewodniczącego: dr. F. Świeżyński, sekretarze: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 14 (Pedjatrji). Przewodniczący: prof. dr. W. Jasiński, sekretarz: dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci, Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 15 (Chorób nerwowych). Przewodniczący: prof. dr. Stanisław Władyczko, sekretarz: dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 16 (Psychjatrji). Przewodniczący: prof. dr. R. Radziwiłłowicz, sekretarz: dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B. ul. Letnia 5. Antokol.

Sekcja Nr. 17 (Okulistyki). Przewodniczący: prof. dr. J. Szymański, zastępca przew.: dr. Halicki, sekretarz: dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 18 (Ginekologji i położnictwa). Przewodniczący: prof. dr. W. Jakowicki, sekretarz: dr. W Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. ul. Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 19 (Chorób skórnych i wenerycznych). Przewodniczący: dr. Hanusowicz, zastępca przew.: dr. M. Mienicki, sekretarz: dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20 (Stomatologji) — dotąd nie zorganizowana.

Sekcja Nr. 21 (Historji i filozofji medycyny). Przewodniczący: prof. dr. Stanisław Trzebiński. Biuro: Seminarjum historji medycyny U. S. B. Kollegjum Świętojańskie.

Sekcja Nr. 22 (Medycyny wojskowej) — dotąd niezorganizowana.

Sekcja Nr. 23 (Nauk farmaceutycznych). Przewodniczący: prof. Jan Muszyński, sekretarz: inż. W. Strażewski. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 24 (Weterynarji)—dotąd niezorganizowana.

Podając powyższe do wiadomości wszystkich, mających zamiar wziąść udział w Zjeździe, Komitet organizacyjny prosi, by w sprawach naukowych zgłaszano się do przewodniczących poszczególnych sekcji. W sprawach sekcji dotąd niezorganizowanych jakoteż w sprawach ogólnych zwracać się należy do sekretarza generalnego.

Prof. Michejda, sekretarz generalny. Prof. Januszkiewicz, przewodn.

ZE ZJAZDU LEKARZY KRESOWYCH W ŁUCKU 30.—31. VIII. 1928 r.

Po referacie dr. med. Zdzisława Szymońskiego, ze szpitala psychjatrycznego w Drewnicy, w którym prelegent na wstępie skreślił historję rozwoju opieki psychjatrycznej w trzech dzielnicach w czasach rozbiorowych i po wskrzeszeniu Polski, w którym prelegent odzwierciadlił największe bolączki, jak niedostateczna ilość łóżek psychjatrycznych w Małopolsce i w Kongresówce, jak prawie absolutny brak opieki pozazakładowej, jak ogromne przepełnienie ponadetatowe szpitali Małopolski i Kongresówki itp.

Zjazd Lekarzy Kresowych uchwalił na wniosek dr. Z. Szymońskiego następujące rezolucje:

że

1). opieka nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem a w szczególności na Kresach Wschodnich jest niedostateczna;

2). tysiące istnień ludzkich marnieje z powodu braku racjonalnej opieki opartej na zasadach współczesnej psychjatrji;

3). uznając zasadniczo za konieczne by każde województwo posiadało jeden duży szpital psychjatryczny, Zjazd dąży i wzywa obywateli całego Państwa a w szczególności Kresów Wschodnich do wywierania nacisku na władze samorządowe i pomocy w wybudowie conajmniej jednego dużego szpitala psychjatrycznego dla mieszkańców Kresów Wschodnich;

4). koniecznem jest żywe współdziałanie władz samorządowych w akcji społeczeństwa;

5). wskazanem jest, by społeczeństwo organizowało w każdym województwie Tow. Opieki nad umysłowo chorymi, które to Tow. byłoby taranem dla rozbicia przesądów panujących o szpitalach psychjatrycznych i umysłowo chorych.

STRESZCZENIA I OCENY.

H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard: „LE SYNDROME MOTEUR DE LA DEMENCE PRECOCE CATATONIQUE.“ — (Syndrom motoryczny w katatonji). — L'Encéphale. 1927, Décembre, nr. 10.

Z pośród licznych — niedostatecznie zorganizowanych — form klinicznych otępienia wczesnego zasługuje na szczególną uwagę „dementia praecox catatonica“. Symptomatologja tej formy przedstawia indywidualność całkowicie odrębną, wobec czego należy się jej osobne miejsce w nozografji tej choroby.

Jednym z najważniejszych objawów motorycznych syndromu katatonicznego jest sztywność postawy. Objaw ten jednak sam w sobie nie wystarcza do rozpoznania właściwej katatonji, ponieważ spostrzegamy go w najróżnorodniejszych stanach psychotycznych. Pewien odłam badaczy nadmiernie rozszerza zakres katatonji, zaliczając do niej wszystkie zaburzenia psychiczne, w których chwilami pojawia się sztywność.

Katatonja przedstawia syndrom odrębny, różniący się pod wielu względami od innych postaci klinicznych otępienia wczesnego lub schizofrenji. Dlatego właśnie H. Claude podkreślił konieczność rozczłonkowania*) obszernej grupy schizofrenji bleulerowskiej i dołączenia do niej właściwego otępienia wczesnego plus katatonji jako najbardziej charakterystycznej postaci klinicznej.

Syndrom katatoniczny jest stosunkowo dość rzadki, z pewnością o wiele rzadszy niż inne formy otępienia wczesnego.

Niektórzy badacze twierdzą, że katatoniczne zaburzenia ruchowe są następstwem zboczeń psychicznych i kładą je na karb „zaburzenia woli“ (Kraepelin). Inni natomiast utrzymują, że syndrom ten jest pochodzenia organicznego, spowodowany uszkodzeniem mózgu.

Autorzy podają opis katatonji według koncepcji Guiraud'a i podkreślają szczegół, że Guiraud uzależnia zboczenia psychiczne od zaburzeń motorycznych, nie zaś odwrotnie.

Mimo uderzających analogji między katatonją a niektóremi zaburzeniami poencefalitycznemi nie ulega wątpliwości, że istnieją poważne różnice co do stanu psychicznego w wymienionych wypadkach.

Autorzy przeprowadzili przedewszystkiem badania porównawcze między zaburzeniami ruchowemi w katatonji a syndromem parkinsonowskim i pozapiramidowym i badali przedewszystkiem

1) sprawność funkcjonalną mięśni (chronaksja, krzywe elektromyograficzne oraz badania chemiczne);
2) odruchy ułożenia (metodą graficzną), oraz

*) Referent wysunął postulat ten już przed kilku laty: cfr. Al. Piodrowski: „Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji“. — Nowiny Psychjatryczne, 1925, nr. 3.

3) oddziaływanie na postawę i równowagę (antero—, lateropulsio, badania labiryntowe).

Główną cechą syndromu parkinsonowskiego poencefalitycznego jest powolność, pewne zahamowanie ruchowe oraz sztywność i wzmożone odruchy ułożenia.

W syndromie motorycznym katatonji uderza wybitne ograniczenie aktywności ruchowej, dochodzące ew. do kompletnej akinezji. Pewna zakrzepłość i odrętwienie przypomina objawy parkinsonizmu. Przy bliższem jednak badaniu widzimy — obok tych braków w dziedzinie ruchowej —, że mięśnie są sflaczałe, albo też przeciwnie, stwierdzamy przykurczenia.

Mięśnie przy dotyku okazują się mniej elastyczne aniżeli u osoby zdrowej.

Zdolność dowolnego kurczenia mięśni zanika; mięśnie nie przyjmują i nie zachowują nadanych im pozycji (Séglas).

Sztywność jest zmienną, gdyż rozprzestrzenia się zależnie od podstawy ciała, jaką chory kolejno przybiera. W pewnej określonej chwili kurczą się mięśnie, których działalność jest konieczna celem zachowania danej pozycji.

W przeciwieństwie do skurczeń piramidowych i pozapiramidowych, opisanych w neurologji, — sztywność u katatoników nie jest topograficznie ustalona.

U parkinsonika wysiłek chorego potęguje trudność ruchów, u katatonika natomiast przykurczenie ustępuje na skutek aktu woli. Chory np., który wydaje się w wysokim stopniu zesztywniały i zupełnie niezdolny do poruszenia się w swem łóżku, wstaje z łatwością, by pójść do ustępu, a nawet — by wziąć ze stołu, stojącego opodal, gazetę, która go zaciekawia. Dłonie jego, kurczowo zaciśnięte, których nie można otworzyć mimo największych wysiłków, poruszają się sprawnie podczas jedzenia. Chory odzyskuje więc swobodę ruchów zawsze na skutek aktu woli (i to zwykle wówczas, gdy jest przekonany, że nikt go nie śledzi).

Autorzy stwierdzili, że chronaksja — prawidłowa w dementia praecox wzgl. w schizofrenji niekatatonicznej — ulega modyfikacjom w katatonji. Modyfikacje te są nietylko zmienne, lecz i przemijające. Niema ich w okresach remisji.

W elektromyogramach mięśni, znajdujących się w stanie sztywności katatonicznej, oraz mięśni podtrzymujących momentalną postawę, — odzwierciedlają się naogół znamiona skurczeń dowolnych.

Tam, gdzie z powodu negatywizmu chorego badanie było uniemożliwione, udało się drogą niespodziewanej dywersji psychicznej wywołać bezpośrednio skurcz mięśnia i spowodować natychmiastowe ustąpienie objawu katatonji.

Bodźce jednostajne są bezskuteczne. Już Pawłow wykazał, że bodźce winny być urozmaicone celem podtrzymania aktywności korowej; bodźce monotonne, często powtarzane powodują znużenie i sen. Badanie elektromyograficzne ma w katatonji doniosłe znaczenie, ponieważ uwydatnia związek istniejący między objawem katatonicznym a stanem aktywności korowej.

Badania chemiczne wykazały, że ilość kreatyniny i kreatyny we krwi parkinsoników i katatoników nie jest wzmożona. Prawdopodobnie ilość krea-

tyniny zmniejsza się, jeżeli aktywność chorego się zmniejsza — zwłaszcza jeżeli chory leży w łóżku.

Na podstawie badań chemicznych nad zawartością kreatyniny we krwi jeszcze nie da się odróżnić sztywności katatonicznej od pokrewnych stanów hypertonji.

Natomiast badania nad odruchami ułożenia lokalnego (czyli posturalnymi) winny dostarczyć — zdawałoby się — dość kryterji porównawczych między sztywnością katatoniczną a hypertonją w parkinsonizmie, ponieważ jedną z cech charakterystycznych hypertonji parkinsonowskiej są zaburzenia w dziedzinie odruchów ułożenia lokalnego w postaci wyraźnego wzmożenia ich, nacechowanego intensywnością reakcji oraz przedłużeniem czasu trwania skurczu odruchowego.

U parkinsonika, podrażnienie ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego powoduje długotrwały skurcz mięśnia; krzywa myograficzna idzie w górę, następnie pozostaje na tym samym poziomie, wreszcie bardzo powoli opada. Powolność rozskurczu może stanowić silną „zaporę" ruchową.

Objaw wzmożonych odruchów posturalnych występuje także często w katatonji.

Wzmożenie się odruchów ułożenia świadczyłoby o bliskiem pokrewieństwie między sztywnością katatoniczną a hypertonją parkinsoników. A jednak dokładna analiza graficzna wykazała, że odruchy posturalne, aczkolwiek mogą odgrywać pewną rolę w dementia praecox catatonica, nie są jej czynnikami podstawowymi.

Odruchy posturalne, pojawiające się w katatonji, nie są identyczne z odpowiednimi odruchami w parkinsonizmie; zdają się one ulegać modyfikacjom. Ich zmienność w minimalnych odstępach czasu jest zjawiskiem swoistem katatonji, którego niema w parkinsonizmie.

Na podstawie doświadczeń klinicznych można sprowadzić do właściwego poziomu rolę, jaką odgrywa przedłużenie reakcji posturalnej u katatoników. Próba skopolaminowa potwierdza te doświadczenia. Istnieje pewna dysocjacja między czynnikiem posturalnym a katatonicznym. Aby wytłómaczyć katatonję, należy obok czynnika posturalnego postawić odpowiednik psychiczny.

Inne kryterjum różniczkowe między parkinsonizmem a katatonją stanowi objaw popchnięcia (phénomène de la poussée), często zniesiony, a conajmniej osłabiony u parkinsoników, — natomiast zupełnie normalny u katatoników.

Podczas badań labiryntowych katatonicy nie okazują żadnych reakcji subjektywnych ani na silne prądy elektryczne ani na bodźce kaloryczne. Brak reakcji w tym przypadku można wytłómaczyć jedynie podatnością katatoników do przeprowadzenia podobnych ekspertymentów. Przypomina to nadzwyczajną nieczułość na ból, tak często spotykaną u katatoników (jak również i u histeryków). Zdaniem autorów przeprowadzone przez nich badania labiryntowe potwierdzają ich tezę o istnieniu pokrewieństwa między otępieniem wczesnem a histerją.

Odruchy skórne (mosznowe, brzuszne) są u katatoników bardzo żywe. U niektórych katatoników występował przemijająco objaw Babińskiego.

W jednym przypadku udało się autorom wywołać odruch Babińskiego zastrzykiem skopolaminy.

Ponieważ u chorych, cierpiących na dementia praecox catatonica, skopolamina nie wpływa na objawy motoryczne, tak jak to ma miejsce w parkinsonizmie, przeto okoliczność ta przedstawia kryterjum różniczkowe między sztywnością parkinsonowską a zaburzeniami motorycznemi w katatonji.

Do chwili obecnej nie znamy żadnego środka leczniczego na katatonję. Remisje — o ile zachodzą — pojawiają się niespodziewanie i nie można stwierdzić ich przyczyny.

Syndrom motoryczny w katatonji wykazuje pozorne podobieństwa do syndromów parkinsonowskich. Podobieństwa te tłómaczą sobie niektórzy badacze jako dowód pokrewieństwa bliskiego między katatonją a parkinsonizmem.

Jeżeli jednakże katatonja przybiera pozory pewnych syndromów organicznych pozapiramidowych, to skądinąd jednak różni się od nich wyraźnie pod względem niejednego objawu neurologicznego, funkcji posturalnych oraz reakcji farmakodynamicznych.

W katatonji spostrzegamy ścisły związek między psychizmem a zaburzeniem ruchowem. Parkinsonik walczy ze swą niemocą ruchową, u katatonika zaś niema ruchu, bo niema wysiłku woli. Z tego wynika, że zaburzenia motoryczne w katatonji mają podłoże psychiczne.

Bliższe jeszcze podobieństwo zewnętrzne zauważyć można między katatonją a histerją. I w histerji mamy zaburzenia funkcjonalne o podłożu dynamicznem; są one jednak mniej zorganizowane a więcej powierzchowne. Pod wpływem podniet wzruszeniowych wzgl. uczuciowych, pod wpływem czynników psychoterapeutycznych mogą one łatwiej być zmodyfikowane.

Widzimy, że — mimo analogji zachodzącej w obrazach klinicznych parkinsonizmu, katatonji i histerji — nie można utożsamiać katatonji ani z parkinsonizmem ani z histerją. Zdaje się, że dementia praecox catatonica stoi na pograniczu między dwoma wymienionymi rodzajami zachorzeń.

Fakty cofania się objawów katonicznych, ich zmienność z chwili na chwilę, nasuwają wniosek, że nie trzeba tu myśleć koniecznie o zmianach anatomicznych w jądrach podstawowych lub w drogach pozapiramidowych (zresztą nigdy nie stwierdzonych). Conajwyżej można przypuszczać, że nieznaczne uszkodzenia kory mózgowej, zauważone przez autorów oraz innych badaczy u hebefreno - katatoników, mogły grać rolę predysponującą lub stanowić podatne podłoże dla powstania syndromu katatonicznego.

Stwierdzenie faktu zmienności stanów dynamicznych w systemach tworzących strukturę architektoniczną mózgu, wydaje się przedstawiać bardziej przekonywujące kryterjum podstawy chorobowej niż hypoteza ścisłej lokalizacji anatomicznej. Otwiera się droga do poszukiwań bioklinicznych, które w dziedzinie psychjatrji powinny iść w parze z badaniami anatomoklinicznemi, które w dziedzinie neurologji dały wybitne wyniki. Dane, które dotąd osiągnięto metodą tą na terenie psychjatrji, są jeszcze niedostateczne.

Al. Piotrowski

Prof. Henryk Claude: „L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ET LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES DES PRISONS" (ekspertyza psychjatryczna a oddziały psychjatryczne przy więzieniach). — L'Hygiène Mentale, 22. Année, nr. 10, Décembre 1927.

Autor żali się na niepomyślne warunki, w jakich się znajduje ekspert psychjatryczny, który musi badać podsądnego w okolicznościach tak niedogodnych jak je przedstawia cela więzienna, gdzie niema ani miejsca do spokojnego badania, ani sposobności do obserwowania ew. objawów chorobowych. Dalej podkreśla ze szczególnym naciskiem brak fachowej obserwacji podsądnego podczas jego pobytu w więzieniu i wskazuje na pomyślne warunki pod tym względem w więzieniach belgijskich.

W Belgji istnieją obecnie przy więzieniach cztery oddziały psychjatryczne (w Antwerpji, Gandawie, Brukseli i Leodjum), urządzone na wzór nowoczesnych zakładów psychjatrycznych i zaopatrzone w najskuteczniejsze środki do leczenia ostrych psychoz i zaburzeń nerwowych uleczalnych. Oddział składa się z sali ogólnej, na 8—10 łóżek, oraz przylegających do sali izolatek. Dozór dniem i nocą pełnią sanitarjusze, wspomagani przez dwóch więźniów. Starszy sanitarjusz codziennie notuje szczegółowo wszelkie dane dotyczące zachowania się umieszczonych na oddziale więźniów i przedkłada je codziennie lekarzowi — kierownikowi oddziału, którym z reguły powinien być psychjatra. Ekspertowi przysługuje prawo wglądu do kart szpitalnych.

W zasadzie regulamin domowy oraz odżywianie na oddziale psychjatrycznym nie różni się od regulaminu i odżywiania w więzieniu. Lekarz jednak może — ze względów psychjatrycznych — zrobić tu pewne różnice.

Donosi on z urzędu sądowi każdorazowo o umieszczeniu podsądnego w oddziale oraz o ew. pojawiających się zaburzeniach psychicznych wzgl. nerwowych. Dzięki temu sędzia śledczy może zarządzić badanie psychjatryczne nawet w przypadkach, gdzie o podsądnego nikt (nawet rodzina jego) się nie troszczy.

Lekarz donosi też sądowi o przyczynach umieszczenia podsądnego w oddziale z punktu widzenia lekarskiego oraz o najważniejszych jego objawach chorobowych wzgl. grożących niebezpieczeństwem dla podsądnego lub dla otoczenia. Lekarz w przedmiocie obserwacji i wypływających z niej wniosków co do stanu psychicznego badanego nie powinien nigdy kierować się względami natury karnej, ale raczej przestrzegać ściśle swej niezawisłości zwłaszcza w stosunku do sędziego śledczego.

Co się tyczy zasądzonych lekarz winien bezwzględnie zakomunikować dyrekcji więzienia wyniki obserwacji, zwłaszcza objawy gwałtowne, antysocjalne, niebezpieczne, ażeby dyrekcja więzienia miała możność zarządzenia środków zaradczych.

O przyjęciu na oddział decyduje (z wyjątkiem nagłych przypadków) lekarz. Dyrekcja więzienia winna mu każdorazowo donieść, gdy u więźnia pojawiają się objawy psychotyczne. Z reguły jednak należy poddać obserwacji na oddziale psychjatrycznym więźniów, którzy zdradzają skłonności samobójcze, u których ujawniły się zaburzenia nerwowe, oraz którzy okazywali nieposłuszeństwo wobec zarządzeń dyrekcji więzienia.

Czas trwania obserwacji na oddziale psychjatrycznym nie powinien w zasadzie przekraczać sześciu tygodni. Wyjątki są dopuszczalne jedynie w przypadkach trudniejszych.

O doniosłości tej inowacji w więzieniach belgijskich świadczy wymownie stały wzrost przyjęć w oddziałach psychjatrycznych.

Nader ciekawe pod względem kryminologicznym są wyniki obserwacji. Mianowicie, wykazały one, na ogólną liczbę 1449 badanych, że tylko 87 przypadków, t. j. 6%, było normalnych. Na nienormalnych składało się: 15,87% — psychozy dementywne, 2,14% — psychoza więzienna, 30,57% — psychopatja i niedcrozwój umysłowy, 20,99% — neuropatja, 1,66% — toksykomanja, 5,86% — skłonności samobójcze, 16,91% — różne, 6% — sine morbo.

Należy podkreślić, że przeszło 50% badanych znajdujących się przejściowo na oddziale przekazano do zakładu psychjatrycznego. Dalej z cyfr powyższych wynika, że psychopaci, neuropaci itp. (nie wyłączając przypadków z t. zw. psychozą więzienną) przedstawiają pod względem kryminalnym o wiele większe niebezpieczeństwo społeczne aniżeli chorzy dementywni.

Autor stwierdza, że oddziały psychjatryczne nietylko bezpośrednio, lecz i pośrednio wywarły wpływ bardzo dodatni w kierunku złagodzenia życia więziennego, albowiem lekarz może dziś na podstawie nabytego doświadczenia złagodzić niektóre przepisy ogólne, może zapobiec skutecznie reakcjom niebezpiecznym dla personału i dla więźniów samych oraz wpłynąć na dyrekcję więzienia w kierunku właściwej oceny pewnych przypadków buntu wzgl. nieposłuszeństwa ze strony więźniów. Pewien kierownik więzienia oświadczył niedawno, że z chwilą urządzenia oddziału psychjatrycznego karanie więźniów za nieposłuszeństwo, opór itp. należy do rzadkości, ponieważ nieznośni więźniowie — to naogół anormalni wzgl. chorzy psychicznie.

Dodatnie wyniki tej inowacji skłoniły zarząd więzień belgijskich do urządzenia podobnych oddziałów w więzieniach w Bruges, Liège, Mons i Namur.

Al. Piotrowski.

Prof. Emil Raimann. ZUR VERMINDERTEN ZURECHNUNGSFAEHIGKEIT (w sprawie poczytalności zmniejszonej) — Wien. Klinische Wochenschrift 1928, 13.

Z okazji ogłoszenia drukiem projektu austrjackiej ustawy karnej autor podkreśla z uznaniem fakt wprowadzenia do ustawodawstwa normy poczytalności zmniejszonej, oznaczającej największy postęp w dziedzinie ustawodawstwa karnego.

Wprowadzenie pojęcia poczytalności zmniejszonej do ustawy karnej wzięło początek od walki z przestępcą patologicznym.

Z obawy przed psychjatrą stawia się osoby, umieszczone w zakładzie psychjatrycznym, pod szczególną opieką sądów. Ustawodawca jednak nie stworzył równocześnie warunków odpowiednich dla celowej współpracy sądownictwa cywilnego i karnego. Pomijając fakt, że poza najbliższą okolicą miast uniwersyteckich przygotowanie psychjatryczne biegłych pozostawia wiele do życzenia, nadzór nad internowanymi przestępcami w zakładzie ce-

chuje nadmierna przewaga momentów subjektywnych i wynikająca ztąd dowolność opinji, szkodliwa w skutkach zależnie od poziomu umysłowego, od kierunku i nastawienia decernenta.

Przeciw jednostkom przestępczym, antyspołecznym, wypuszczanym z więzienia, nie mamy dostatecznej obrony. Do spraw szczególnie drażliwych należy niekaralność przestępcy z powodu zboczeń psychicznych, których jednak ogół nie docenia. Osoby ze zboczeniami psychicznemi nie są to psychicznie chorzy w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz jedynie jednostki, stojące na pograniczu między zdrowiem a chorobą. Przestępca zostaje uznany za niepoczytalnego w stosunku jedynie do czynu karalnego, pozatem zatrzymuje swe prawa obywatelskie; niejeden przestępca stara się ciągnąć korzyści z tytułu swojej niepoczytalności.

Pojęcie poczytalności zmniejszonej jest wypadkową dwóch odmiennych prądów: prawniczego i lekarskiego. Prawnicy, uwzględniając przedewszystkiem momenty płynne, ilościowe u przestępców, przystosowali (pierwotnie absolutne) pojęcie poczytalności wzgl. niepoczytalności do stanów pogranicznych. Naogół zakorzenił się w praktyce sądowej zwyczaj obniżania kary w miarę ujawnionych cech chorobowych przestępcy.

Medycyna sonduje coraz głębiej dziedzinę pogranicza między zdrowiem a chorobą psychiczną i rozróżnia osobników mniej lub więcej zdatnych do życia, umiejących się do jego warunków dostosować, — nie może jednak dla braku normy „wartościować".

Ponieważ najwięcej osobników o małej wartości społecznej znajduje się w szeregu przestępców, zaczęto łączyć pojęcie choroby psychicznej z przejawami przestępczości; zaczęto rozróżniać przestępczych psychicznie chorych od psychicznie chorych przestępców. Idąc śladem antropologji kryminalnej lekarze studjowali przestępcę i znaleźli u niego tyle momentów patologicznych, że zaczęli w końcu uważać każdego przestępcę za psychopatę. Autor podkreśla jednak, że większość psychopatów nie staje się przestępczą. Dalej, popiera on żądanie kategoryczne psychjatrów, by nie dopuszczać do zakładu psychjatrycznego osób o zbrodniczości wrodzonej.

Autor żąda, aby państwo budowało osobne zakłady dla przestępczych osobników małowartościowych. W zakładach tych należałoby umieszczać:

a) podsądnych, przeciw którym toczy się śledztwo o zbrodnię,
b) osoby, oskarżone o zbrodnię lub przestępstwo i zwolnienie od winy i kary z powodu zaburzeń psychicznych.

Do powyższych kategorji zaliczyć można jedynie pewien odłam przestępców. Z psychicznie chorymi w ścisłem tego słowa znaczeniu (chociażby oni byli bardzo niebezpieczni dla otoczenia) zakład psychjatryczny zawsze sobie poradzi.

Przyjmowanie do zakładu psychjatrycznego kryminalnych psychicznie chorych było podyktowane względami natury uczuciowej, — względami na uczucie chorych i ich rodzin, oraz na ich zaufanie do zakładu. Rzeczywistość jednak wskazuje nam właściwą drogę. Jeżeli niebezpieczny degenerat zapadnie na porażenie postępujące, staje się on już tylko przedmiotem lecznictwa psychjatrycznego. Nawet chorzy gwałtowni, cierpiący na otę-

pienie wczesne, dostosowują się łatwo do środowiska zakładowego (o ile są nieliczni). Przestępcy natomiast, którzy w więzieniu zdają się chorować na przewlekłą chorobę psychiczną, są — o ile nie wchodzi w grę systematyczna psychoza — bez wyjątku psychopatami. Cech psychopatycznych nie można było uwzględnić przy wymiarze kary. Psychopaci ze skłonnościami zbrodniczemi wracają, z chwilą odzyskania wolności, natychmiast do swych przestępczych poczynań.

Nowy projekt austrjacki nie jest zadowalający. Zdaniem autora udało się jedynie ukuć broń przeciw najgroźniejszym wrogom społeczeństwa. Należy jednak pamiętać, że projekt ten jest tylko ogniwem w łańcuchu ewolucji walki ze zbrodnią. Bądźcobądź jednak zwyciężyło przekonanie, że teza, jakoby prawo karne nie miało nic wspólnego z osobnikami chorymi, jest nietylko mylna lecz i szkodliwa.

Pojęcie poczytalności zmniejszonej i jej uzasadnienie jest jeszcze kwestją sporną. Autor żąda usunięcia niefortunnego terminu i proponuje zamiast poczytalności zmniejszonej używać określenia „małowartościowy". Medycyna wprawdzie nie powinna „wartościować"; czyni to jednakże społeczeństwo, — dla tego termin ten jest zrozumiały i dla laika.

Autor podkreśla z uznaniem fakt, że projekt wyodrębnił z grupy psychopatów—narkomanów, mianowicie alkoholików i kokainistów.

Projekt nowej ustawy karnej upoważnia sędziego do stosowania zasady zwolnienia od kary tam, gdzie wystarcza zakład wychowawczy, niedopuszczania zaś do zakładu wychowawczego elementów niepożądanych, działających destrukcyjnie na otoczenie, ale internowania ich w domu roboczym.

Niema mowy o zmianie na lepsze w postępowaniu karnem i w traktowaniu przestępcy dopóty, dopóki nie skończy się samowola i ignorancja przysięgłych.

Przestępca nie będzie miał interesu w tem, aby go uznano za osobnika z poczytalnością zmniejszoną, ponieważ grozi mu internowanie, które trwać może przez czas nieokreślony.

Według nowej ustawy karnej w przyszłości będzie się dzielić przestępców na normalnych, na małowartościowych i na psychicznie chorych, co oznacza postęp; nie będzie trzeba lawirować między dwoma biegunami. W orzeczeniu sądowo-psychjatrycznem biegły będzie mógł swobodnie wyłuszczyć wszelkie objawy patologiczne u oskarżonego bez obawy, że dopomaga mu do odzyskania wolności. I oskarżony nie będzie miał powodu do utrudniania zasądzenia; symulacja też traci rację bytu.

Społeczeństwo bronić się będzie odtąd skutecznie drogą internowania, obojętnie czy przestępca uważany będzie za „małowartościowego" lub nie. Autor przypomina słowa Mannierre'a: „Nawet gdyby trzeba internować 80% przestępców, należałoby to uczynić — bo to się sowicie opłaci; jako internowani pracują produktywnie, na wolności natomiast działają destruktywnie".

Autor jest zdania, że wystarczy jeden typ zakładu, w którym należałoby stosować terapję pracy, wychowanie (o ile to u dorosłych możliwe), ewtl. izolację, dodatki specjalne wzgl. potrącenia w wyżywieniu, które mają cele nietylko lecznicze, ale i wybitnie wychowawcze.

Personel zakładowy, od dyrektora do ostatniego pielęgniarza, winien stać na wysokości zadania.

Al. Piotrowski.

Dr. Papastratigakis (d'Athènes): HYSTERIE ET SYNDROMES EXTRA-PYRAMIDAUX. (Histerja a zespoły pozapiramidowe). — L'Encéphale, 1928, 2. février.

Pojęcie histerji wiązano ściśle z pojęciem sugestji w postaci auto- i heterosugestji. Autor usiłuje wyświetlić sprawę za pomocą danych, zebranych o zespołach ekstrapiramidowych i dzieli temat na następujące rozdziały:

1). Histerja dziecięca.
2). Podłoże histeryczne u dorosłych.
3). Histerja u dorosłych.
4). Łączenie się histerji z innemi chorobami nerwowemi.
5). Symptomatologja pewnych zaburzeń nerwowych.

Wiek dziecięcy jest wiekiem sugestyj i naśladowania, wiekiem imaginacji i emocji — stanowi więc teren nader podatny dla histerji w jej potocznem znaczeniu, — chociaż opinja, jakoby histerja była u dziecka stanem normalnym (Schnyder), trąci przesadą. Histerja dziecięca istnieje i to z wszelkimi objawami histerji dorosłych. Przejawy histerji dziecięcej stoją w związku z funkcjami motorycznemi; zboczenia ich przypominają zaburzenia spowodowane uszkodzeniem okolic pozapiramidowych, jak np. chorea, ticki, myoklonja, drżenie, kurcze, „objawy spastyczne", wadliwa postawa i inne. Fakt ten staje się zrozumiałym, jeżeli uwzględnimy doniosłą rolę funkcji pozapiramidowych u dziecka zwłaszcza w pierwszych latach życia. Tem się też tłómaczy łatwa pobudliwość wzruszeniowa dziecka.

Nadmierna wzruszeniowość, egzaltacja wyobraźni, zaburzenia uwagi i krytycyzmu, które to przejawy życia psychicznego u dorosłych tłómaczono zacieśnieniem pola świadomości albo zerwaniem łączności między ośrodkami „podpoligonalnemi" i „poligonalnemi", jest zdaniem autora wyrazem opóźnienia rozwoju intelektualnego, jest objawem słabości umysłowej. Teren histeryczny przedstawia się w postaci niedomogi psychomotorycznej, na którą składają się psychiczne reakcje dziecięce oraz motoryczne funkcje pozapiramidowe. Niedomoga ta tłómaczy nieuleczalność histerji, która w przebiegu życia chorego zmienia tylko swą szatę zewnętrzną.

Z pośród symptomów motorycznych w histerji dorosłych zasługują na uwagę anomalje napięcia mięśniowego i towarzyszące im zaburzenia funkcjonalne agonistów i antagonistów, które kończą się porażeniem lub przykurczeniem danej kończyny. Zaburzenia te spostrzegamy także w zespołach pozapiramidowych. Wystarczy uprzytomnić sobie terminy: przykurczenie, spasmy. tick, myoklonja, chorea, drżenie i in., by skierować uwagę na układ pozapiramidowy.

Zaburzenia czuciowe są wyrazem osłabienia uwagi albo objawem zaburzeń wazomotorycznych obwodowych wzgl. ośrodkowych, lub też zaburzeń czynnościowych wzgórka wzrokowego.

Zaburzenia w układzie mięśni współczulnych, zboczenia wazomotoryczne i troficzne nie są powodowane sugestją.

Tężec tyiny histeryczny podobny jest z jednej strony do pewnych reakcji wzruszeniowych dziecięcych, z drugiej strony — do sztywności „Sherringtona“.

Autor pomija t. zw. psychozy histeryczne, których odrębność — jego zdaniem — nie jest ustalona, i bada jedynie zaburzenia psychiczne poprzedzające napady, towarzyszące napadom wzgl. następujące po napadach histerycznych twierdząc, że li tylko ścisły związek z napadami histerycznymi pozwala podejrzewać, że zaburzenia psychiczne są pochodzenia podkorowego.

Większość objawów klinicznych histerji dorosłych tłómaczy się zaburzeniem czynności układu pozapiramidowego, atoli i resztę — można w ten sposób tłómaczyć.

W ogólności na zespoły kliniczne chorób nerwowych składają się objawy piramidowe i pozapiramidowe, z predominacją — w każdym przypadku — jednych albo drugich.

Zespoły histero - organiczne często zachodzą w przebiegu zachorzeń pourazowych. Należy więc podkreślić przewagę objawów w postaci przykurczeń, spazmów, drżenia i wadliwej postawy jako objawów pozapiramidowych.

Wogóle autor przyjmuje pewną styczność między histerją a zespołami pozapiramidowymi, która jego zdaniem tłómaczy wpływ wzruszeniowości na powstawanie objawów histerycznych, albowiem reakcje wzruszeniowe stoją w związku bezpośrednim z układem pozapiramidowym, owem siedliskiem automatyzmów. Należy rozróżniać automatyzmy, które były i są zawsze niezależne od woli i automatyzmy, które przynajmniej z początku były od niej zależne i wobec tego ponownie mogą ulec jej wpływom. Pierwsze są wynikiem przystosowywania się jednostki do środowiska przez szereg pokoleń i zachodzą w świecie zwierzęcym, drugie zaś — automatyzmy spotykane wyłącznie u człowieka, są nabyte w ciągu życia indywidualnego w okresie dobrowolnego przystosowania się do wymagań społecznych środowiska, w którem żyje. Pierwsze — to automatyzmy gatunku, drugie — to automatyzmy jednostki. Wzruszenie może wstrząsnąć automatyzmy. Zdaje się, że wzruszenie histerogienne zachodzi przeważnie w grupie pierwszej automatyzmów — i że zaburzenia w dziedzinie tych automatyzmów, powstałe przez wzruszenie, są spowodowane zerwaniem więzów między ośrodkami korowymi a podkorowymi. Objawy histeryczne przedstawiają się zatem jako odruchy wzruszeniowe utrwalone z powodu niedostatecznego wpływu czynności psychicznych wyższego rzędu na czynności automatyczne, pozapiramidowe.

Niezawsze objawy histeryczne są powodowane jednorazowym silnym szokiem wzruszeniowym. Drobniejsze, lecz częste urazy wzruszeniowe mogą wskutek sumacji bodźców wzgl. nadmiernej wrażliwości chorego sprowadzić wynik podobny. Tak samo rzecz ma się — zdaniem autora — w pewnych przypadkach t. zw. wzruszenia opóźnionego, które nie następuje bezpośrednio po urazie. Automatyzmy, nadwerężone wskutek wzruszenia afektywnego, nie pozostają w stanie zaburzenia, jeżeli życie osoby dotkniętej urazem jest zagrożone.

Autor dochodzi do wniosku, że z jakiejkolwiek strony się zbliżymy do zagadnienia histerji, — wszędzie napotkamy zespoły pozapiramidowe. Nie

dziwiłoby go bynajmniej, gdyby wkrótce histerja stanęła w szeregu tych zespołów, tak jak to już się stało z choreą, chorobą Parkinsona, katatonią i in.

Al. Piotrowski.

Dr. Hanibal Puca: „LA INSULINO-TERAPIA NEI MALATI DI MENTE“ (Leczenie insuliną w chorobach psychicznych). — Rassegna di Studi Psichiatrici, vol XVI., fasc. 5, settembre-ottobre 1927.

Insulinę stosuje się już od dłuższego czasu na szeroką skalę w różnych dziedzinach medycyny, np. w chirurgji, dermatologji, ginekologji i in., od niedawna — w pewnych stanach dyspeptycznych pochodzenia psychicznego (melancholja, neurastenja i in.), w stanach toksycznych (Basedow), u gruźlików niegorączkujących, u epileptyków w okresach napadów, u chorych wychudzonych, nieprzyjmujących pokarmów. W gorączce insuliny nie należy podawać.

Ponieważ chorzy chudną i nie przyjmują pokarmu głównie wskutek wzrostu kwasoty w organiźmie, przeto autor badał u tych chorych mocz i surowicę krwi, pozbawioną białka, na aceton oraz na kwas etyldjacetyczny i na zdolność chłonną dla CO_2 (metodą Van Slyke'a), stwierdzał pH według metody kolorymetrycznej Cullen'a, — pozatem kwasotę ogólną i powietrze zalegające. Dla celów klinicznych wystarcza jednak, zdaniem autora, zbadanie zawartości acetonu i kwasu etyldjacetycznego.

W badaniach swych autor posługiwał się także metodą Lenk'a i Han'a, którą zmodyfikował i uprościł i którą szczegółowo opisuje, zaznaczając, że od szeregu lat stosuje ją z bardzo dobrym wynikiem w swych badaniach nad acetonami we krwi.

Na podstawie swych doświadczeń z chorymi wychudzonymi z powodu nieprzyjmowania pokarmu autor stosował u jedenastu pacjentów tego typu insulinę w formie zastrzyków podskórnych 250 gr. 10%-wego rozczynu glukozy i 5 jednostek insuliny. Począwszy od trzeciego dnia po pierwszych injekcjach dawał stale 10 jednostek insuliny. Cztery godziny po injekcji insuliny autor zastrzykiwał 250 gr. rozczynu glukozy wzgl. dawał per os — jeżeli chory się nie opierał — 50 gr. cukru w wodzie lub mleku.

Wyniki były następujące: 9 chorych wykazało wzrost wagi od 0,7 do 3,85 kg., zmniejszenie ilości acetonów (później zupełny ich zanik), powrót apetytu i polepszenie się stanu psychicznego. U dwóch pacjentów stan pozostał bez zmiany.

U 5 chorych, osłabionych wskutek krwawej biegunki, autor osiągnął w ciągu 30 dni: w jednym przypadku — wzrost wagi o 4 kg., u reszty pacjentów — wyraźne polepszenie się stanu odżywienia.

Schizofrenik z urojeniami hypochondrycznemi i żółtaczką kataralną po jednomiesięcznem leczeniu insuliną doszedł do kompletnej remisji.

Wyniki te, aczkolwiek nieuprawniające do daleko posuniętych wniosków, są jednakże zachęcające.

Ew. insulinoresystencji w przypadkach cukrzycy symptomatycznej oraz w napadach hypoglicemji należy zapobiec podawaniem węglowodanów w dostatecznych ilościach. Zjawisko hypoglicemji występuje 2—4 godziny po

injekcji i przejawia się w obfitych potach, uczuciu głodu, mdłościach, zawrotach głowy, zaburzeniach psychicznych itp. Wówczas należy stosować dożylnie 30%-owy rozczyn glukozy.

Leczenie insuliną należy przerwać, jeżeli pojawiają się obrzęki, stany podgorączkowe oraz procesy ropne.

Leczenie insuliną może wpłynąć dodatnio na stan psychiczny oraz na poboczne objawy chorobowe, jak np. brak apetytu, nieprzyjmowanie pokarmu, kwasota, schudnięcie, marasmus, zaburzenia wątroby.

Br. M.

A. Wizel et R. Markuszewicz: PREMIERS RESULTATS DU TRAITEMENT PALUDEEN DANS LA SCHIZOPHRENIE (Wyniki leczenia schizofrenji malarją). — L'Encéphale, nr. 9, 1927.

Autorzy przedstawiają zachęcające spostrzeżenia nad leczeniem malarją schizofrenji. Obserwację przeprowadzono w 27 przypadkach. Leczenie malarją stosowano

1) w 4 przypadkach schizofrenji ostrej: 3 przypadki nagle występującej katatonji i w jednym przypadku schizofrenji paranoidalnej;
2) w 19 przypadkach schizofrenji chronicznej, z czego 14 przypadków hebefrenji, 6 przypadków przewlekłej katatonji i 3 przypadki chronicznej schizofrenji paranoidalnej;
3) w 4 przypadkach schizofrenji przebiegającej perjodycznie, napadowo.

W pierwszych czterech przypadkach osiągnięto bardzo znaczną poprawę, która wystąpiła w trakcie leczenia malarją i trwała przez kilka miesięcy, t. j. przez cały ciąg obserwacji aż do wydania obecnej pracy. W 19 przypadkach chronicznej schizofrenji nie osiągnięto żadnych rezultatów leczniczych. Następnie w czterech przypadkach schizofrenji przebiegającej perjodycznie uzyskano natychmiastowe przerwanie napadów schizofrenicznych i dłuższe remisje.

W konkluzji autorzy dochodzą do wniosku, że leczenie malarją ma wpływ leczniczy na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, których funkcja w schizofrenji jest chorobowo zmieniona i jest podłożem i przyczyną następowych zmian w mózgu. W przypadkach, gdzie istnieją już zmiany anatomiczne mózgu (19 przypadków schizofrenji przewlekłej), leczenie malarją żadnych wyników nie dało, zaś w czterech przypadkach schizofrenji ostrej i w czterech przypadkach schizofrenji perjodycznej, gdzie przypuszczalnie zmieniona była chorobowo jedynie funkcja gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, bez zmian anatomicznych mózgu, leczenie malarją dało wybitne rezultaty.

Autorzy sprzeciwiają się poglądom A. Marie, żeby skutki leczenia schizofrenji malarją wynikały ze współistnienia tej psychozy z infekcją luetyczną i polegały jedynie na specyficznem działaniu malarji na prątki czy toksyny luetyczne. Wizel i Markuszewicz przeprowadzali we wszystkich obserwowanych 27 przypadkach dokładne badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn B.-Wassermanna i wypadł on w jednym jedynie wypadku dodatnio, — w schizofrenji przewlekłej, gdzie nie osiągnięto żadnego wyniku leczniczego. H. Zajączkowski.

Dr. Rafał Becker, kierownik Zakładu dla umysłowo chorych „Zofiówka“ w Otwocku: ZAGADNIENIA RASY ŻYDOWSKIEJ W ŚWIETLE TEORJI. — Wydane przez Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej w Polsce „Toz.“.

W książce swej Becker, rozpatrując nader sprzeczne zdania licznych antropologów, zamierza dać pogląd na żydowską kwestję rasową.

Żydzi, dowodzi autor, nie posiadają specjalnych znamion antropologicznych, które pozwoliłyby klasyfikować ich jako rasę w sensie biologicznym. Wszystkie t. zw. zasadnicze cechy rasowe: wskaźnik czaszki, wzrost, kolor oczu, włosów, skóry, na podstawie których dawni antropologowie jak Dühring, Chamberlain, Woltmann i inni zaliczali żydów do rasy semickiej, przestały być uważane przez współczesną antropologję za stałe i niezmienne czynniki rasowe. Wszystkie bowiem te cechy powstały i utwierdzały się dzięki różnym przyczynom. Na podstawie t. zw. głównego wskaźnika czaszkowego (stosunek szerokości do długości) rozróżniano długogłowość-dolichocephalia i krótkogłowość-brachycephalia; ta ostatnia cechować miała ludy semickie, a zatem i żydów. Jednakże współczesna antropologja dowiodła, że typowość czaszek niekoniecznie jest dziedziczną i że kształt czaszki ulegać może znacznie go przeobrażającym wpływom jak klimat, rodzaj pożywienia, postawa ciała przy codziennych zajęciach, oraz wzmożona czynność intelektualna, wywołująca silniejsze ciśnienie mózgu i krwi. A zatem, twierdzi Becker, wskaźnik czaszkowy może być miernikiem rozwoju duchowego, wyższego poziomu intelektualnego, ale nie oznaką przynależności rasowej. U Żydów zaś, skazanych od tak licznych szeregów generacji na pracę umysłową, jest jednolitość wskaźnika czaszkowego cechą jedności etnicznej, narodu żyjącego przez dłuższy czasu w odosobnieniu. Co do koloru oczu, włosów i skóry, to tak jak przewaga ciemnego typu nie jest specyficzną właściwością rasy żydowskiej, tak z drugiej strony istnienie jasnego typu u żydów nie czyni pod żadnym względem wyłomu w ich jedności etnicznej. Powstanie jasnego typu u żydów tłómaczy się krzyżowaniem się z biblijnymi Amonitami i Filistynami, później zaś również zróżniczkowaniem się siebie, dzięki warunkom klimatyczno-geograficznym, prozelityzmowi i mieszaniu się z otaczającymi ludami. Obecnie naogół niższy wzrost żydów nie może być również uważany za cechę rasową, jest on bowiem następstwem nieodpowiednich warunków życiowych, podkład ich wzrostu jest dość silnie rozwinięty, czego dowodem jest, że ta część żydów, która znajduje się w odpowiednich warunkach życiowych, wykazuje swoją pełną energję życiową, np. na Ukrainie, w Stanach Zjednoczonych żydzi są wyżsi niż w innych krajach. Samarytanie, zaś, którzy zachowali czysty typ hebrajski, są najwyższym typem w całej Syrji. Obok wyżej wymienionych t. zw. cech rasowych żydów należy jeszcze zwrócić uwagę na jednolitość fizjonomji żydowskiej. Jednakże nie krzywy nos, ani pewna właściwość oprawy oczu charakteryzuje twarz żydowską, ale ogół niedających się opisać kombinacji twarzy, coś nieuchwytnego, „co pozwala ulicznikowi postawić natychmiastową djagnozę rasową“. To dusza żydowska w przywiązaniu do swej religji, mówi Becker, jest tym czynnikiem odróżniającym żydów od nie-żydów, a nie cechy fizyczne. Na

powstanie typu żydowskiego nie składają się bowiem czynniki antropologiczne, ale społeczno-psychiczne. Jest więc jednolitość fizjonomji żydowskiej również ważnym momentem dla ustalenia jedności etnicznej żydów. Żydzi, reasumuje Becker, żyjąc przeważnie w takich samych warunkach i unikając ściśle małżeństw mieszanych, doszli do pewnej jedności etnicznej, którą jako taką można nazwać rasą. Specyficzność tej rasowości nie polega jednak na pochodzeniu żydów z jakiejś rasy pierwotnej, której właściwości mieliby zachować bez żadnych modyfikacji. Żydzi współcześni są produktem amalgamatu dawnych Hebrajczyków z Amorytami i Hetytami i Filistynami, — później, prawie ze wszystkiemi odgałęzieniami rasy białej. Następnie, prawdopodobnie w okresie rozszerzenia się chrześcijaństwa, prozelityzm ustaje; żydzi odosabniają się, i wtedy właśnie, przestrzegając czystości rasowej przez 1000 lat, jak twierdzą jedni, czy przez dwa i pół tysiąca jak mówią inni, — z narodu żydowskiego, mającego wiele krzyżowań za sobą, wyłania się ta jedność antropologicznie ograniczona czyli rasa w szerszem znaczeniu tego słowa, tj. nie zoologicznem, lecz antropologiczno-kulturalnem. Kwestja zatem, jakie stanowisko zajmują żydzi w klasyfikacji antropologicznej, ma już tylko znaczenie teoretyczne.

H. Zajączkowski.

Doc. dr. Juljusz Morawski: O PSYCHICZNIE CHORYCH I PIELĘGNOWANIU ICH W ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH. — Kraków 1927, Nakładem Państwowego Zakładu Psychjatrycznego w Kobierzynie.

Około 2000 osób zatrudnionych pielęgnowaniem psychicznie chorych w naszych zakładach psychjatrycznych nie posiadało dotychczas książki, z której mogli by oni nabyć najelementarniejsze wiadomości o pracy, której się poświęcają. W języku polskim mamy zaledwie kilka książek, poświęconych pielęgniarstwu, z tych zaś jedna tylko książka Straszewskiego zawiera nieco rozleglejszy rozdział, poświęcony pielęgnowaniu psychicznie chorych.

Książeczka doc. d-ra Morawskiego wypełnia istniejącą lukę — daje ona wytyczne dla pielęgnowania psychicznie chorych, oparte na współczesnych poglądach psychjatrycznych. Istotną część książki, zawartą w rozdziale 6-ym i poświęconą pielęgnowaniu chorych w zakładzie, poprzedza wstęp, oraz opis ważniejszych objawów i częściej spotykanych postaci chorób psychicznych. Rozdział czwarty uświadamia czytelnika o profilaktyce chorób psychicznych, piąty opisuje zakład psychjatryczny i jego urządzenia.

Książka doc. d-ra Morawskiego jest pożytecznym nabytkiem dla zaniedbanej u nas sprawy fachowego wyszkolenia personelu pielęgniarskiego zakładów psychjatrycznych. Że była ona bardzo potrzebną, dowodzi fakt wyczerpania nakładu książeczki w ciągu kilku miesięcy po jej wydaniu.

Książka jest opracowana sumiennie, zarzucić by można jej to jedynie, że dla niższego personelu jest może nie dość przystępnie napisana, dla personelu wyższego, posiadającego pewien stopień ogólnego przygotowania można by było ją nawet nieco rozszerzyć w kierunku ogólnych wiadomości psychologicznych.

Dr. Łuniewski.

Doc. M. J. dr. Juljusz Morawski: CHOROBY PSYCHICZNE ORAZ ZASADY WALKI Z NIEMI. — W popularnym zarysie podał Kraków 1928. Krakowska Spółka Wydawnicza.

Nowopowstałe Towarzystwo opieki nad psychicznie chorymi w Krakowie zapoczątkowało serję wydawnictw dotyczących sprawy opieki nad psychicznie chorymi i sposobie zaradzania tej klęsce społecznej, jaką jest choroba psychiczna. Broszura doc. d-ra J. Morawskiego stanowi numer pierwszy tego wydawnictwa. Ma ona na celu spopularyzowanie podstawowych wiadomości o chorobach psychicznych i sposobach ich zwalczania.

Jeżeli popularyzacja nauki jest naogół zadaniem nie łatwem, to popularyzacja nauk lekarskich należy do zadań, nastręczających szczególne trudności. Popularyzator musi się tu liczyć nietylko z trudnościami przedstawienia rzeczy skomplikowanych w sposób przystępny dla nieprzygotowanego po temu czytelnika, ale musi się też liczyć z możliwością nadużywania źle zrozumianych wiadomości z zakresu medycyny przez tych wszystkich, którzy się czują powołanymi do uprawiania lecznictwa, oraz z często spotykaną u laików skłonnością do wyciągania z popularnych książek lekarskich wniosków, podsycających wszelakiego rodzaju patophobie. Doc. dr. Morawskiemu udało się pokonać wszystkie te trudności dość gładko.

W krótkiej, bo zaledwie 55 stronnic liczącej broszurce autor daje czytelnikowi pojęcie o różnicy, jaka zachodzi pomiędzy niedorozwojem psychicznym i psychozą nabytą, o objawach chorób psychicznych, szkicuje w sposób odpowiadający prawdzie naukowej a zarazem łatwo dla każdego zrozumiały obraz częściej spotykanych chorób psychicznych, daje najogólniejszy przegląd istniejących systemów opieki nad psychicznie chorymi i niedorozwiniętymi w Polsce i zagranicą oraz metod zwalczania chorób psychicznych i degeneracji ludności. Ze stanowiska psychjatrycznego, w szczególności z punktu widzenia programu opieki nad psychicznie chorymi w Polsce w chwili obecnej można by mieć pewne zastrzeżenia co do racjonalności tworzenia przytułków dla chorych spokojnych i nieuleczalnych, oraz zakładów specjalnych dla epileptyków i narkomanów. Z ujemnych stron obecności psychicznie chorych w społeczeństwie, które autor wymienia szczegółowo na str. 49, wynikałaby też potrzeba zastanowienia się, czy system opieki pozazakładowej, stosowany w innych krajach, nadawałby się do wprowadzenia go w Polsce, gdzie nie mamy tego minimum zakładów, bez którego opieka pozazakładowa nie da się należycie zorganizować. Musimy tu jasno i dobitnie zaznaczyć każdemu i wszystkim, że dopóki każde województwo nie pozyska choćby jednego zakładu psychjatrycznego, nie da się w Polsce zorganizować racjonalnej opieki nad psychicznie chorymi.

Tem nie mniej autor ma słuszność, że trzeba społeczeństwo zapoznać bliżej z istotą tych palących i zaniedbanych spraw w naszem życiu publicznem, trzeba je przygotować do reform opieki nad psychicznie chorymi i pod tym względem książka doc. d-ra Morawskiego przyniesie niezawodny pożytek.

Dr. Łuniewski.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Sprawozdanie z zakładu dla umysłowo chorych
RYBNIK
na
ROK 1927|28

PODAŁ DYR. M. WIENDLOCHA

RYS OGÓLNY.

Zakład w Rybniku jest jednym z najstarszych w Polsce. Budowę jego postanowiono w roku 1879. Już w czasie budowy projektowana początkowo ilość łóżek wzrosła z 400 do 600, w miarę zaś rozwoju śląskiego okręgu przemysłowego, a co za tem idzie, — wzrostu ilości schorzeń psychicznych, rozszerzał się i Zakład przez dokupywanie otaczających go terenów i dobudowywanie nowych pawilonów tak, że w roku 1914 — ilość łóżek etatowych wynosiła 1.300. Szybki ten a nieplanowy rozwój był przyczyną nieracjonalnego i rażącego rozmieszczenia budynków, co wskazuje (usprawiedliwia) poniekąd na jednoczesne istnienie zupełnie nowoczesnych obok nieodpowiadających wymogom lecznictwa psychjatrycznego urządzeń.

Po wymarciu znacznej części pacjentów wskutek niedożywiania w czasie wojny światowej szereg pawilonów zajęły władze wojskowe na szpital. Liczba chorych dosięgała wówczas 1.800 osób.

Gospodarka wojskowa doprowadziła Zakład w znacznej mierze do tego fatalnego stanu, w jakim w czerwcu 1922 r. przejęły go Władze Polskie.

Zniszczenie budynków (szczeg. ogrzewań central.), urządzeń technicznych i gospodarczych, brak prawie całkowity odzieży i bielizny, kłopoty pieniężne, oto były trudności, z któremi walczyć musieli pierwsi kierownicy Zakładu Dr. Kryzan, Dr. Wietrzyński, zmarły 12. II. 1923 r., poczem obecny dyrektor M. Wiendlocha. Siłą rzeczy prace administracyjno-gospodarcze skierowano ku zaspokajaniu najpilniejszych potrzeb i stopniowemu doprowadzeniu Zakładu do stanu pierwotnego, zaś większe inwestycje odłożone zostały na przyszłość. Kierując się powyższą dyrektywą dokonano szeregu prac; wykorzystano w tym celu szczególnie okres inflacji. Przeprowadzono tedy mniej lub więcej gruntowny remont pawilonów szpitalnych, odnowiono urządzenie kąpielowe i kanalizacyjne i przeprowadzono centralne dalekonośne ogrzewanie w 7 pawilonach. Przebudowano maszynownię, pralnię i kuchnię. Odnowiono wodociągi i stację pomp. Instalacje elektryczne zostały przerobione i elektrownia zaopatrzona w baterję akumulatorów za cenę 490 funtów szterl. Odnowiono także mieszkania lekarzy, urzędników i służby. Bibliotekę dla lekarzy i takąż dla chorych uporządkowano, przytem znacznie powiększono oraz urządzono pracownię kliniczną i anatomji mikroskopowej.

Znaczniejszych robót i stosunkowo większych inwestycji dokonano w rolnictwie zakładowem, dzięki użyciu do tych prac pacjentów. Mianowicie po odnowieniu budynków gospodarczych i uzupełnieniu inwentarza żywego oraz martwego — przeprowadzono roboty drenarskie na nisko położonych polach Zakładu odnowiono dawne i zbudowano nową czyszczalnię ścieków oraz żelazobetonowy obornik. Przeprowadzono meljoracje stawów i roboty wodne przy kanałach i rzekach, budując śluzy, mosty i tamy oraz założono gospodarstwo rybne. Ulepszono wreszcie drogi na terenie Zakładu.

W chwili obecnej roboty konserwacyjno-remontowe dobiegają do końca i Zakład wstępuje na tory rozbudowy.

W roku 1922 zajęła wojskowość 6 pawilonów szpitalnych na koszary, w 1926 r. zostało oddanych 7 nowocześnie urządzonych pawilonów na Za-

kład dla Głuchoniemych. Starania o odzyskanie tych wszystkich budynków zaczynają powoli odnosić skutek.

Stan ogólny w końcu okresu sprawozd. przedstawia się:

Trzon Zakładu t. zw. centrum, położony na piaszczystem wzgórzu o 1 km. od m. Rybnika, stanowi 10 pawilonów szpitalnych oraz budynki administracyjne i gospodarcze (kuchnia, maszynownia, pralnia, piekarnia, warsztaty i t. d.) wszystko otoczone około 3 ha parku, w którym znajduje się kaplica Zakładowa.

Pawilony dzielą się na obserwacyjne, dla chorych niespokojnych i kryminalnych, pracujących oraz cieleśnie chorych. Jeden pawilon, zbudowany w 1906 r. i odpowiednio urządzony zajmuje oddział dla chorych nieletnich połączony ze szkołą specjalną dla niedorozwiniętych.

Na folwarku Ruda umieszczone są pawilony otwarte dla mężczyzn i kobiet na 65 łóżek, na folw. Józefowiec 1 (45 łóżek) i na folw. Rybnicka—Kuźnia 1 (10 łóżek). — Zakład posiada własną elektrownię, wodociągi i kanalizację. — Na wzmiankę zasługują maszynowe urządzenia o popędzie elektrycznym w kuchni; maszyny do krajania i mieszania mięsa do kiełbas, do obierania ziemniaków, szatkowania kapusty i t. p. Podobne urządzenia posiada też piekarnia zakładowa.

Obok Zakładu znajduje się kolonja domów dla lekarzy, urzędników i personelu pielęgniarskiego.

Do Zakładu należy według księgi hipotecznej 286 ha gruntu — (167 ha roli uprawnej, 37 ha łąk i pastwisk, 3 ha ogrodów, 48 ha wód, 13 ha nieużytków i t. p.)

Sprawozdanie za okres od 1. IV. 1927 r. — 31. III. 1928 r. Ruch chorych w okresie sprawozd. 1. IV. 27 r. — 31. III. 1928 r.

Zmiany	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Stan w dniu 1. IV. 1927 r.	427	334	761
Przyjęto w ciągu okresu sprawozdawczego	130	108	238
Razem leczono	557	442	999
Wypisano	41	25	66
Urlopowano w okresie sprawozdawczym	90	47	137
Zmarło	20	21	41
Stan w dniu 31. III. 1928 r.	456	365	821

Podział według rozpoznań

	Mężcz.	Kob.	Razem		Mężcz.	Kob.	Razem
Psych. post trauma. cerebri	1	—	1	Psych. climact.	—	6	6
Paralysis progressiva	26	2	28	Schizophrenia	251	246	497
Tabo — paralysis	2	3	5	Epilepsia	70	40	110
Lues cerebri	5	—	5	Psych. man. depr.	10	11	21
Psych. arteriosclerotica	4	3	7	Psychopatia constit.	10	2	12
„ praesenilis	5	—	5	Paranoia	6	3	9
„ senilis	5	13	18	Hysteria	2	11	13
Status post encephal.	5	1	6	Psych. reactiva	5	—	5
Parkinsonismus	9	1	10	Oligophrenia	118	92	210
Alcoholismus	6	—	6	Sine morbo psychico	6		7
Morphinismus	2	—	2	Tabes	2	—	2
Amentia	1	1	2	Paralysis iuvenil.	2	—	2
Psych. lactant.	—	2	2	Chorea	3	—	2
				Sclerosis dissemin.	1	1	2
					557	442	999

Leczenie:

Szczególniejszą wagę przykładano do terapji pracy, którą osiągano stosunkowo najlepsze wyniki. Przeciętnie pracowało 91,84% mężczyzn i 87,60% kobiet, (najwyższy odsetek pracujących m. wynosił 95,22%). Pacjenci zajęci byli w rolnictwie, ogrodnictwie i w 29 warsztatach — w marcu b. r. założono 30-ty warsztat zabawkarski. (Niektóre dane z warsztatów: krawiecki: 7626 szt. nowej odzieży i bielizny, 7360 reperatur; szczotkarski: 679 szt. szczotek, koszykarski 96 szt. koszyków, szewski: 285 szt. nowego obuwia; introligatorski: oprawiono 3820 książek, sporządzono 457 szt. tek, pudełek i t. d.)

Kąpiele przedłużone stosowano 2388 razy u 139 pacj. Przy furunkulozie z dodatkiem kalium hypermang.

Izolację: 698 × u 71 pacjentów. Scopolaminę: 17 × u 12 pacjentów, morfinę 28 × u 10 pacj., kocowanie: 6 × u 2 pacj., karmienie sondą 68 × u 13 pacjentów.

W ostatniem półroczu ilość izolacji i innych środków krępujących zmniejszyła się o przeszło 50%.

Zastrzykami natrii nucleinici leczono 44 pacjentów.

W epilepsji stosowano brom, luminal i djetę bezsolną; u 13 pacj. djetę Balinta.

Malarję stosowano u 35 pacj. z wynikiem przeważnie zadawalającym. Kuracje antiluetyczne u 33 pacj. (rtęć lub bismut, novarsenobenzol, jod). Parkinsonizm lesczono scopolaminą, salicylatami, solami potasu, zastrzykami wody utlenionej, kalii hypermang. i natrii cacodylici. Sclerosis disseminata — szczepionką tyfusową.

Zabiegów operacyjnych dokonano 42: 1 u chirurga w szpitalu brackim; 2 lampami kwarcowemi naświetlano 38 pacj., naświetlań 842; u 4285 pacj. zbadano krew na Wassermanna, u 259 płyn mózgowo-rdzeniowy na R. Wassermanna, Takata Ara'ego,, Pandy'ego, Weichbrodta, Nonne Appelta i Goldsol. Ostatnio u wszystkich nowoprzyjętych bada się zasadniczo krew i płyn m. rdzeniowy.

Przy Zakładzie prowadzono szkołę specjalną dla upośledz. umysłowo. Naukę prowadzi się w 3-ch oddziałach, metodą Decroly'ego. Ilość dzieci uczonych 63. Iloraz inteligencji wedł. Binet—Simon—Terman od 16 do 73.

W szkole zajęte są 2 siły nauczycielskie i 4 pielęgniarki w charakterze wychowawczyń.

W miesiącach letnich grywali pacjenci w piłkę nożną i tennis, w zimowych w kręgle i bilard w kręgielni zakładowej. Co dwa tygodnie odbywały się zabawy taneczne, w razie pogody koncerty orkiestry zakładowej w parku — 1 koncert fortepjanowy urządził pacjent. Ponadto odbyły się 2 przedstawienia teatralne.

Biblioteka dla chorych składa się z 1191 tomów; wypożyczano ch. 2836 tomów.

Pożywienie: przeciętnie wypadało na dzienną porcję pacj.:

	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyny	krup	ziemniaków	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owoców	Przec. ilość kalor. otrzym. p. pacj.
I	250,0	150,0	350,0	95,0	0,25	400,0	30,0	680,0	30,0	10,0	60,0	2,0	0,3	200,0	3802
II	500,0	112,0	275,0	60,0	0,2	400,0	30,0	700,0	30,0	10,0	55	2,0	0,3	200,0	3408
męż.	675,0														3427
III			120,0	55	0,2	400,0	60,0	700,0	15,0	10,0	25	(2)	–	200,0	
kob.	540,0														3234

Chorzy pracujący otrzymywali dodatkowo: 50 gr. kiełbasy. Djeta specjalna dla pacj. gruźliczych dawała 5225 kalorji. Pacjenci III-ej klasy otrzymują codziennie mięso za wyjątkiem piątków.

Przyczyny zejść śmiertelnych

Rozpoznanie	mężcz.	kobiet	razem
Tbc pulmonum	3	3	6
Tbc miliaris	—	1	1
Pueumonia crouposa	2	4	6
Broncho — pneumonia	2	3	5
Bronchitis acuta	1	1	2
Adynamia cordis	5	4	9
Status thymo — lymph.	—	1	1
Haemarrhagia cerebri	1	-	1
Erysipelas	2	-	2
Pyaemia	—	1	1
Paralysis progressiva	2	1	3
Tabo paralysis	1	1	2
Marasmus	1	1	2
	20	21	41

Procent śmiertelności w stosunku do ogólnej liczby leczonych wynosi 4.104%.

Sekcji wykonano 27, Zbadano mikroskopowo w pracowni histolog. Zakładu, mózgi 13 pacjentów (ponadto badano mózgi zwierzęce) metodami Niessla, Helda, Holcera, Weigerta, Spielmayera i Van Giesona.

Z chorób zakaźnych notowano 10 wypadków róży, 3 tyfusu brzusznego, 5 jaglicy.

Nieszczęśliwych wypadków zdarzyło się 4; 2 pacj. złamało rękę, 1 nogę przy pracy w czasie gołoledzi, i 1 pacjent, spadłszy ze strychu stodoły, (również w czasie pracy), naciągnął sobie ścięgno Achillesa. 1 pacjent usiłował popełnić samobójstwo przez poderznięcie sobie gardła szkłem.

Oddaliło się przeważnie w czasie pracy w polu 21 pacj., 2-ch dotąd nie powróciło, reszta powróciła po kilku dniach; komplikacji z tego powodu nie było.

Zespół lekarski Zakładu w końcu okresu sprawozd. składał się z dyrektora M. Wiendlochy, prymarjusza dr. J. Wilczka, sekundarjusza dr. W. Januszewskiego, asystentów dr. W. Januszewskiej, dr. K. Golonki i dr. B. Malacha. Ustąpił prym. dr. A. Rostek z dn. 1. X. 27 r., obejmując stanowisko lek. hutniczego i asyst. dr. W. Godłowski, przenosząc się na klinikę psychjatr. w Krakowie.

Codziennie odbywały się konferencje administracyjno-lekarskie; przeciętnie raz na tydzień posiedzenia kliniczne i naukowe z demonstracjami chorych.

Czynną była pracownia chemiczna, bakterjolog. i anatomji mikroskop.

Dyrektor Zakładu brał udział w 7 Zjeździe Psychjatrów Polskich, IV. Międzynarodowym Kongresie Medyc. i Fermac. wojsk. i w 2-ch konfer. sekcji zawodowej Towarzystwa Psychjatrów Polskich. Dr. Januszewski był wysłany na 10-dniowy kurs przeciwjagliczy.

Bibljoteka lekarska liczyła 2089 tomów.

W miesiącach zimowych prowadzono kurs pielęgniarski. Wykładano Anatomję i fizologję czł. Hygjenę i pierwszą pomoc w nieszczęśliw. wypadkach oraz choroby umysłowe i pielęgnację chorych umysłowo.

Personel pielęgniarski wynosił 147 osób. Przeciętnie wypadało 1 pielęg. na 3 chorych krym., 1:5 ch. cieleśnie, 1:6 ch. psych.

Personel administr. składał się z 14 urzędników i 42 służby gospodar.

Zakład Psychjatryczny

w LUBLIŃCU

DYREKTOR DR. EMIL CYRAN

Sprawozdanie *)
za
ROK 1. 4. 1927 — 1. 4 1928

PODAŁ PRYMARJUSZ ZAKŁADU DR. M. SIEMIONKIN

Ponieważ z Zakładu Psychjatrycznego w Lublińcu obecnie wychodzi pierwsze sprawozdanie, uważam za potrzebne w krótkich słowach zaznajomić ogół psychjatrów Polskich z powstaniem tego Zakładu, jak również i z warunkami pracy i lecznictwem.

Zakład Psychjatryczny w Lublińcu nie był budowany, jako taki, lecz powstał skutkiem przystosowania do tego celu innych instytucji. Jako początek istnienia instytucji użytku publicznego jest rok 1884, w którym to roku został założony Dom Poprawczy dla małoletnich. Z biegiem czasu dołączały się inne instytucje, jak Dom Kalek, Zakład dla idjotów. Przez pewien czas (rok 1896—1904) Zakład Psychjatryczny (chorych psychicznie zaczęto przyjmować w roku 1896) i Dom Poprawczy dla małoletnich były zespolone w jedną administracyjną jednostkę. W roku 1904 Dom Poprawczy został zlikwidowany i powstał Zakład Psychjatryczny, jako taki. Rok ten należy uważać za pierwszy rok istnienia Zakładu Psychjatrycznego.

Ponieważ Zakład powstał, że tak powiem, przypadkowo, wysunięty siłą konieczności, ponieważ do istniejących już budynków dobudowywało się inne, gdzie pozwalało miejsce, nie posiada on skutkiem tego symetrji i jednoplanowych budynków. W czasie wojny światowej, jak i plebiscytu na Górnym Śląsku, budynki zakładowe były zajęte przez wojska czy to niemieckie, czy to aljanckie; dlatego też budynki zostały przejęte przez dyrekcję polską w bardzo zniszczonym stanie. Przejęcie zakładu nastąpiło w czerwcu roku 1922 przez obecnego dyrektora Dr. Cyrana. Wszyscy lekarze niemieccy z dyrektorem na czele opuścili Zakład natychmiast, jak również i większa część personelu tak administracyjnego, jak pielęgniarskiego i technicznego. Warunki pracy na początku były fatalne, jednak z wielkim nakładem sił Dyrektorowi Dr. Cyranowi udało się zorganizować administrację, zapewnić opiekę psychicznie chorym i w ten sposób postawić życie Zakładu na należyte tory.

Zakład Psychjatryczny w Lublińcu jest typu blokowego; posiada dla użytku chorych 4 bloki po 2 na każdej stronie — męskiej i żeńskiej, z nich 2 bloki (po 1 na każdej stronie) są przerobione z innych instytucji (gospodarcze budynki zakupionych posiadłości i Zakład dla idjotów), 2 zaś inne bloki zostały wybudowane na nowo w latach 1909—1912. Każdy blok zawiera w sobie po 6 oddziałów, oprócz starego bloku męskiej strony, który zawiera 4 oddziały. Każdy oddział posiada łazienkę o 3—4 wannach, wodociągi, elektryczne oświetlenie (w nocy — światło niebieskie), telefony, centralne ogrzewanie (wodne i parowe), kanalizację. Obydwa nowe bloki wyścielone są wszędzie linoleum, zasadniczo nie są zniszczone i wymagają remontu powierzchownego — malowanie, bielenie, naprawa miejscami linoleum, co też i ma być uskutecznione w czasie najbliższym. Natomiast stare bloki były w stanie opłakanym i wymagały fundamentalnego remontu. W roku 1926

*) Obszerne sprawozdanie za ubiegłe 5 lat od chwili powstania Górnego Śląska wyjdzie osobnym drukiem w czasie najbliższym.

został rozpoczęty i zakończony remont połowy starego bloku męskiego: ze względów technicznych i okoliczności, niezależnych od Zakładu, remont drugiej połowy do czasu obecnego nie jest uskuteczniony. W roku 1927 w lutym począł się i obecnie jest ukończony fundamentalny remont starego bloku żeńskiej strony, t. zw. „Czerwony Dom" (2-piętrowy gmach długości 105 mt.); przerobiono centralne ogrzewanie z parowego na wodne, położono w całym gmachu parkiet, wymalowano wszędzie i wybielono itd. Do oddziałów przydzielone są warsztaty: krawiecki, szewski, stolarski, szczotkarsko-tapicersko-siodlarsko-koszykarski, 2 żeńskie szwalnie (jedna nowa, dla robienia nowych rzeczy, druga, stara, do naprawy starych) i introligatornia, jako oddziały pomocnicze, ponieważ na każdym z nich pracuje od 5—25 chorych. Warsztat tkacki, który także należał wyłącznie do oddziałów i zatrudniał do 15 chorych, w roku 1928 został przydzielony do Domu Pracy Przymusowej, który powstał na terenie i pod Dyrekcją Zakładową w roku 1926. Wszystkie warsztaty posiadają dla ułatwienia pracy maszyny z popędem elektrycznym. W roku bieżącym będzie urządzony warsztat tkacki specjalnie dla zatrudnienia chorych.

Dział gospodarczy zawiera: elektrownię (205 Amp. 220 Volt), z akumulatorami, kotłownię, mechaniczną pralnię, kuchnię, mleczarnię, masarnię, piekarnię, ślusarnię, kuźnię, blacharnię i cementownię. W każdym z tych działów zatrudnieni są chorzy. Pod względem gospodarczym tak warsztaty oddziałowe, jak i gospodarcze pracują bardzo wydajnie, zaopatrując całkowicie Zakład w bieliznę, ubrania, obuwie, wykonują wszelkie naprawy i nowe rzeczy. Wszelkie prace Zakład wykonuje przeważnie w własnym zakresie przy pomocy sił własnych, nabywając tylko surowiec. W ten sposób, oczywiście, w Zakładzie są znaczne oszczędności budżetowe i w pojęciu „samowystarczalność" osiągnięty jest punkt najwyższy. Najlepszym dowodem tego jest sprawozdanie kasowe, gdzie w dochodach brakuje rubryka „Dotacja", istnieje natomiast „Pozostałości kasowe". Jako jeden przykład wśród wielu innych, podam następujące: wszystkie rury podziemne przy założeniu nowej kanalizacji lub naprawie starej wykonane są w własnym warsztacie cementowym, co kosztowało Zakład pensję pielęgniarza fachowca i nabycie surowego materjału. Cała bielizna zakładowa tak pościelowa, jak i osobista, jest z płótna, przeważnie lnianego, wyrobionego w warsztatach zakładowych, i uszyta w zakładowych szwalniach; również to się odnosi do ubrań męskich, sukien kobiecych, rozmaitego obuwia, pończoch, materaców itd. Dla zachęcenia chorym pracującym wydaje się dodatki w postaci: kiełbasy, tytoniu, w lecie owoców itp. Każdym warsztatem oddziałowym kieruje pielęgniarz fachowiec, pobierający dodatek rzemieślniczy; jednocześnie w godzinach poza warsztatowych i w święta pełni funkcję pielęgniarza na tym oddziale, do którego jest przydzielony. Dyżur nocny trwa przez miesiąc; według własnego życzenia pielęgniarza (-ki-) dyżur ten może być przedłużony do trzech miesięcy z rzędu, lecz w każdym razie nie dłużej. Oprócz tego wszyscy pielęgniarze(ki) mają obowiązek spania po kolei na oddziałach w charakterze pogotowia. Corocznie dla personelu pielęgniarskiego odbywają się kursy z zakresu nauk ogólno-kształcących (polski język, historja Polski, geografja) i specjalnych (psychjatrja, anatomja, fizjologja, ogólne zasady pielęgnowania chorych, opatrunki, pierwsza pomoc, zakaźne choroby, hygjena). Po przesłuchaniu kursu w ciągu trzech lat zdają egzamin przed Komisją Wojewódzką i otrzymują świadectwa, które ważne są tylko na terenach zakładów Województwa Śląskiego, i pozostają w aktach personalnych.

Personelu pielęgniarskiego zatrudniono w Zakładzie 129, z tego 72 mężczyzn i 57 kobiet, w liczbach tych są 2 nadpielęgiarze i 2 nadpielęgniarki. Personelu technicznego włącznie z werkmistrzem — 11, administracyjno-gospodarczego poza biurem — 18.

Odżywianie chorych podzielone jest na trzy klasy. Potrawy bez względu na klasę obfitują w tłuszcz; I. i II. klasa mają potrawy bardzo urozmaicone; naogół w kalorjach odżywianie chorych wynosi przeciętnie 4,500

kalorji. W roku sprawozdawczym przy przeciętnej ilości osób 866 skonsusowano:

mięsa	73.428.260 kg
masła	3.074.925 kg
innego tłuszczu	12.077.580 kg
chleba	120.558, — kg
jarzyn rozmaitych	116.800.000 kg
mleka	112.974 litrów
sałaty	8.325 główki
ogórków kiszonych	22 beczki

Powierzchnia uprawnej ziemi w ogrodzie zakładowym wynosi 5.5 ha. Owoce i warzywa z ogrodu pokrywają całkowicie zapotrzebowania całoroczne Zakładu.

W zakładzie obecnie hoduje się 180 sztuk trzody chlewnej.

Lecznictwo Zakładowe polega na zasadach jaknajwiększego niekrępowania chorych i utrzymania ich na możliwie wysokim poziomie socjalnym. Jaknajdalej posunięte zatrudnienie chorych i możliwe ich wychowanie są najgłówniejszymi czynnikami w tym kierunku. Wychodząc z tego punktu założenia, zwraca się jaknajwiększą uwagę, ażeby możliwie wszyscy zdolni do tej lub innej pracy nie pozostali bez niej. Z jednej strony daje to duże zaoszczędzenie materjalne Zakładowi, z drugiej zaś niewątpliwie wywiera dodatni wpływ na chorego. W tym krótkim sprawozdaniu nie mam możności dać przykładów wyników podobnego traktowania sprawy. Chorzy pracują wszędzie: w ogrodzie, w polu, w warsztatach, przy czyszczalni, budowie domów, szosowaniu dróg itd. Dla rozrywek chorych są 2 pianina (po 1 na obydwuch stronach). Po całodziennej pracy często można słyszeć muzykę i śpiew do godziny 8-mej wieczór. Również na oddziałach, zwłaszcza żeńskich, codzień praktykuje się chóralny śpiew, który prowadzą pielęgniarki. Wymagany jest na oddziałach chóralny śpiew modlitwy rannej i wieczornej. W Zakładzie zorganizowano orkiestrę pielęgniarską smyczkową i dętą. Pielęgniarze muzykanci mają obowiązek służbowy grać w czasie zabaw dla chorych. Tymczasem Zakład niestety nie posiada specjalnego lokalu dla zabaw; w najbliższej przyszłości projektowana jest budowa domu rozrywek: zabawy odbywają się tymczasem w zimie na salach ex tempore do tego przystosowanych, w lecie zaś na ogrodzie. Zakład posiada 5-cio lampkowe radjo. W lecie chorzy gromadnie wychodzą razem z pielęgniarzami na dłuższe przechadzki do okolicznych wiosek lub lasów. Łóżka siatkowe w Zakładzie raz na zawsze zostały usunięte jeszcze w roku 1924. Izolatki na oddziałach w 50% zostały skasowane i zamienione na osobne pokoje; reszta 50% (po 3 na każdej stronie) używane są, jako takie tylko w ostateczności i to przeważnie na parę godzin. Zawijań w koce nie stosuje się wcale, natomiast szeroko stosowane są przedłużone ciepłe kąpiele do 6 i więcej godzin; podawanie środków nasennych ograniczone jest jaknajwięcej, zastrzyki skopolaminy lub morfiny używane są w ostateczności. Farmakologiczne leczenie i organoterapja stosuje się w miarę potrzeby bez ograniczenia. W roku bież. została założona w Zakładzie własna apteka, posiadająca wszystkie możliwe i dostępne środki lecznicze; do tego czasu lekarstwa sprowadzano z sąsiedniego miasteczka Koszęcina. Założenie apteki, oprócz wygody, daje duże zaoszczędzenie budżetowe. U niespokojnych chorych stosuje się zastrzyki ol. terebinthini, n. nucleinici i mleka. Szczególnie dobre wyniki zaobserwowano po zastrzykach ol. terebinthini. Prowadzi się szeroko szczepienie malarji w przypadkach porażenia postępującego. W roku sprawozdawczym szczepionych chorych malarją było 35. Każdemu choremu, u którego nie można stanowczo wykluczyć p. p., robi się nakłucie lędźwiowe; na miejscu robi się reakcję Takata-Ary, Pandy'ego, Nonne-Appelt; na reakcję Wassermanna odsyła się do Wojewódzkiego Szpitala w Cieszynie. Nakłuć lędźwiowych zrobiono 153. Zakład posiada 2 mikroskopy, pantostat, lampę kwarcową i Solux, których się używa w każdym nadającym się wypadku.

Do tego czasu Zakład posiadał małe podręczne laboratorjum, mieszczące się w pokoju lekarskim. W roku sprawozdawczym Województwo Śląskie wyasygnowało 10.000,— zł. na urządzenie większego laboratorjum, i lekarzowi Zakładu Dr. Rezaczowi polecono uskutecznienie urządzenia anatomo-patologicznego i bakterjologicznego laboratorjum. Obecnie prawie wszystkie aparaty i narzędzia, jak autoklaw, mikrotom, termostat itd., jak również i chemikalja są sprowadzone i w najbliższym czasie laboratorjum zacznie funkcjonować. Dział dentystyczny w Zakładzie prowadzi lekarka Zakładu Dr. Marxen. W roku sprawozdawczym wykonano 424 zabiegów dentystycznych, zaplombowano 164 zębów, usunięto — 176.

Po objęciu Zakładu przez Władze Polskie biblioteka zakładowa posiadała bardzo wiele książek niemieckich tak naukowych, jak i beletrystycznych a mało polskich. Ostatnio Województwo Śląskie wyasygnowało na uzupełnienie polskiej biblioteki 6.000,— zł. Obecnie biblioteka zakładowa przedstawia się następująco:

naukowych książek polskich	111
naukowych książek niemieckich	458
beletrystycznych ks. polskich	1126
beletrystycznych ks. niemieckich	1268
Wszystkiego biblioteka posiada	2963 egzemplarzy.

Zakład prenumeruje następujące czasopisma lekarskie:

1. Nowiny Psychjatryczne
2. Nowiny Lekarskie
3. Polska Gazeta Lekarska
4. Lekarz Wojskowy
5. L'encéphale
6. Revue neurologique
7. Presse médicale
8. Medizinische Klinik
9. Psychiatrische Neurologische Wochenschrift
10. Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie
11. Zentralblatt für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie
12. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie.

W roku sprawozdawczym Województwo Śląskie udzieliło urlopów naukowych: Dyrektorowi Zakładu Dr. Cyranowi na zjazdy psychjatryczne w Nauhejmie i Wiedniu; Dr. Rezaczowi 8 tyg. celem dokształcenia się w dziedzinach anatomo-patologicznej z uwzględnieniem specjalnym układu nerwowego i bakterjologji; Dr. Bardzikowi — na 10-dniowy kurs przeciwjagliczy w Warszawie; Dr. Siemionkinowi, Dr. Bardzikowi i Dr. Ratajskiej na Zjazd Psychjatrów Polskich w Kocborowie.

W roku sprawozdawczym uskuteczniono następujące roboty:

1. Ukończono budowę domu (2-piętrowy) dla lekarzy (4 mieszkania).
2. Ukończono budowę domu (1-piętrowego) dla pielęgniarzy (12 mieszkań).
3. Urządzono centr. ogrzewanie ciepłą wodą w „Czerwonym Domu" (zamiast poprzedniego parowego).
4. Położono parkiet; wymalowano i wybielono sufity, ściany, drzwi; przerobiono oświetlenie elektryczne, naprawiono dach, zainstalowano nowe urządzenia sanitarne w tymże domu.
5. Rozpoczęta naprawa dachów w obu nowych blokach.
6. Zbudowano nową murowaną chlewnię na 80—90 sztuk trzody z urządzeniami nowoczesnemi.
7. Przebudowano na nowo piec piekarski.
8. Rozpoczęto niwelowanie drogi, prowadzącej z miasta do Zakładu, zakładając jednocześnie kanalizację dla domu lekarskiego (kanalizacja jest ukończona; roboty przy niwelowaniu drogi dobiegają końca).
9. Zbudowano na tej samej drodze most betonowy przez rzekę Lublinicę z artystycznie wykonanemi barjerami i płytami chodnikowemi, wykonanemi w warsztatach zakładowych.

10. Przedłużono wodociąg zakładowy i dano wodę do zabudowań służby folwarcznej.
11. Urządzono plac tennisowy na terenie zakładowym.

Ponieważ Dom Pracy Przymusowej, aczkolwiek jednostka odrębna, nie mająca nic wspólnego z Zakładem Psychjatrycznym, znajduje się pod Dyrekcją Zakładu, prace dla tego domu wykonuje się w warsztatach zakładowych. I tak: w roku sprawozdawczym dla Domu Pracy Przymusowej została wybudowana siłami zakładowemi prowizoryczna cegielnia z urządzeniami nowoczesnemi, mająca wydać trzy miljony cegieł rocznie. Oprócz prac wyżej wymienionych, było wykonanych wiele drobnych, jak: kotłów do noszenia jedzenia, menażek, stołów, instalacji i wiele rozmaitych napraw. Trzeba zaznaczyć, że we wszystkich wspomnianych pracach olbrzymi udział brali chorzy; jedynie piec piekarski został przebudowany bez ich udziału. W warsztatach oddziałowych w roku sprawozdawczym wykonano prace następujące:

Szwalnia:

1. Bluzki letnie dla chorych	189
2. Suknie letnie dla personelu	112
3. Bluzki letnie dla personelu	131
4. Spódnice dla chorych	302
5. Fartuchy dla personelu	2
6. Fartuchy dla chorych	402
7. Koszule męskie	911
8. Koszule kobiece	926
9. Majtki	235
10. Powłoki duże	297
11. Powłoczki małe	568
12. Prześcieradła	420
13. Ręczniki	73
14. Ręczniki kuchenne	269
15. Suknie stacyjne dla chorych	64
16. Suknie zimowe dla chorych	120
17. Bluzki zimowe dla chorych	120
18. Skarpetek	637 p.
19. Pończoch	58 p.

Warsztat krawiecki:

1. Marynarki zimowe dla pielęgniarzy	22
2. Spodnie zimowe dla pielęgniarzy	22
3. Kamizelki zimowe dla pielęgniarzy	22
4. Marynarki letnie dla pielęgniarzy	2
5) Płaszcze sukienne dla pielęgniarzy	9
6. Kalesony	278
7. Jaczki zimowe	47
8. Bluzki niebieskie	23
9. Spodnie niebieskie	23
10. Spodnie stacyjne dla chorych	273
11. Płaszcze stacyjne dla chorych	165

Tkalnia:

1. Płótno bawełniane wąskie	1.164.80 mtr.
2. Płótno bawełniane szerokie	2.914.70 mtr.
3. Płótno lniane bielone wąskie	503.55 mtr.
4. Płótno lniane bielone szerokie	1.532.10 mtr.
5. Cajg na ubrania dla chorych	467.80 mtr.
6. Drel na ubrania stacyjne	1.462.40 mtr.
7. Płótno na ręczniki zwykłe	120.60 mtr.
8. Płótno na ręczniki kuchenne	271.05 mtr.

Materjał, określony jako wąski, jest szerokości 70 cm, szeroki — 140 cm.

Warsztat siodlarsko-tap.-szczot.-kosz.:

1. Szelki 80
2. Materace z włosia 101
3. Kliny materacowe z włosia 80
4. Lejce 1
5. Uzdy 1
6. Szczotki z trzonkiem do szorowania podłogi 455
7. Szczotki ręczne do szorowania 128
8. Szczotki do froterowania 19
9. Szczotki z włosia do zamiatania 82
10. Koszyki różne 255

Introligatornia:

Oprawiono:

książek beletrystycznych 692
książek lekarskich 89
książek prywatnych i dla biura 210

Warsztat szewski:

1. Buty 16 par
2. Trzewiki 19 par
3. Pantofle 265 par

Tak względnie nieznaczna ilość wykonanego w warsztacie szewskim tłomaczy się tem, że w latach poprzednich zrobiono w tym warsztacie taki zapas obuwia, że Dyrekcja wydała rozkaz zaprzestania wykonywania nowego obuwia i zwrócenia głównej uwagi na naprawę starego.

Etatowych łóżek w Zakładzie jest 920, po odstąpieniu 200 łóżek dla Domu Pracy Przymusowej.

Administracja Zakładu składa się z: 1 zarządcy, 1 sekratarza, 1 pomocnika sekretarza, 1 stenotypistki, 1 intendenta, 1 pomocnika intendenta, 1 kasjera, 1 książkowego, 1 likwidatora, 1 pomocnika kasowego, 1 woźnego.

W roku sprawozdawczym poza Dyrektorem Zakładu Dr. Cyranem stale urzędowali: prymarjusz Dr. Siemionkin, ordynator Dr. Marxen (od stycznia roku bież. otrzymała awans ordynatora), asystenci: Dr. Bardzik,, Dr. Ratajska i Dr. Rezacz. W okresie wakacyjnym roku 1927 byli zatrudnieni: słuchacz IV. roku med. Uniwersytetu Poznańskiego kol. Mikołajewski i słuchaczka IV. roku med. tegoż Uniwersytetu kol. Hojnacka.

STATYSTYKA.

TABLICA Nr. 1.

Ruch chorych

	kobiet	mężczyzn	razem
było	335	359	694
przyjęto	109	217	326
wypisano	72	104	176
zmarło	22	31	53

TABLICA Nr. 2.

Przyjęcie według miesięcy

Miesiące	Kobiet	Mężczyzn	razem
kwiecień	1	8	9
maj	8	15	23
czerwiec	7	26	33
lipiec	11	26	37
sierpień	9	14	23
wrzesień	6	13	19
październik	10	12	22
listopad	8	15	23
grudzień	10	16	26
styczeń	10	27	37
luty	14	17	31
marzec	15	28	43

TABLICA Nr. 3.

Według stanu

	kobiet	mężczyzn	razem
żonaty (zamężna)	49	101	150
wdowiec (wdowa)	6	3	9
wolny	54	113	167

TABLICA Nr. 4.

Według zawodu

Z a w ó d	kobiet	mężczyzn	razem
rolnik	—	10	10
robotnik	15	53	68
górnik	—	23	23
rzemieślnik	2	46	48
urzędnik	1	45	46
nauczyciel	2	2	4
kupiec	—	4	4
adwokat	—	1	1
bez zawodu	89	33	122

TABLICA Nr. 5.

Według wyznania

Wyznanie	kobiet	mężczyzn	razem
katolickie	96	206	302
ewangelickie	2	2	4
mojżeszowe	11	9	20

TABLICA Nr. 6.

Według rozpoznań psychicznych

Tablica w załączeniu.

TABLICA Nr. 7.

Dnie pracy po stronie żeńskiej

Rodzaj pracy	Miesiące											
	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.
prace domowe	790	740	690	780	780	816	1040	1015	1000	1000	960	1040
na folwarku	218	379	242	532	657	577	611	178	102	10	10	123
na ogrodzie	662	697	779	836	664	821	605	300	23	—	—	103
skubanie pierza	868	547	487	545	585	556	992	1002	1545	1595	1613	1626
szwalnia	611	600	560	653	679	655	788	821	734	783	758	826
pralnia	154	148	148	176	169	156	156	143	133	125	120	130
kuchnia	649	603	601	631	736	735	774	760	737	757	682	720
przy kartoflach	—	201	66	60	46	51	27	265	105	—	50	67
zajętych prywatnie	—	—	—	—	12	165	152	139	155	155	174	186

TABLICA Nr. 8.

Dnie pracy po stronie męskiej

Rodzaj pracy	Miesiące:											
	IV	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.
prace domowe	1050	1085	1015	1094	1177	1140	1174	1238	1200	1240	1160	1240
folwark	861	840	914	1051	1013	946	992	966	785	899	816	896
ogród	734	759	704	638	541	608	600	602	535	569	506	724
przy drzewie	48	134	75	38	3	—	—	110	231	231	162	187
przy węglu	91	93	167	159	89	114	156	282	252	338	278	129
w chlewni	181	186	179	186	186	181	180	186	180	187	174	201
w stolarni	125	120	115	119	103	133	125	149	136	102	86	108
siodlarstwo	45	48	46	52	52	52	50	52	38	50	48	54
koszykarstwo	34	48	46	52	52	52	50	52	31	27	27	27
szczotkarstwo	36	29	23	15	24	41	50	47	28	26	29	54
tkactwo	251	260	245	251	268	236	161	181	137	134	96	108
krawiectwo	151	205	202	249	208	227	231	223	213	124	215	259
szewiectwo	214	199	207	219	212	185	212	229	216	254	216	244
w ślusarni	105	120	115	131	117	130	125	89	126	137	114	133
w kuźni	51	48	46	54	52	52	50	51	48	54	48	54
murarstwo	202	192	208	277	311	371	390	248	126	134	134	178
budownictwo	298	242	222	171	36	—	42	—	—	—	—	—
kanalizacja	—	—	—	110	101	—	—	—	—	—	—	-
malarstwo	—	—	—	—	—	—	—	151	145	149	144	159
prace rozmaite	334	224	190	364	553	689	753	679	629	531	579	780

TABLICA Nr. 9.

Fizyczne zachorowania

	K.	M.		K.	M.
Abscessus	15	22	Herpes zoster	—	1
Furunculosis	3	3	Myocarditis	—	2
Angina	5	4	Pericarditis sicca	—	1
Erysipelas	5	2	Vitium cordis	6	—
Dysenteria	3	—	Hepatitis acut.	—	2
Enteritis	3	4	Haemorrhagia cerebri	2	5
Peritonitis	1	—	Status epilepticus	6	3
Grypa	18	—	Malarja artef.	3	32
Apicitis	5	4	Nephritis	2	1
Tbc. pulmonum	6	4	Fractura	3	3
Lymphadenitis tbc.	—	1	Vulnera varia	21	13
Pneumonia croup.	1	3	Decubitus	—	6
Bronchitis acut.	4	1	Scabies	—	2
Meningitis bas.	—	1	Peritonitis purul.	1	—

TABLICA Nr. 10

Przyczyny śmierci.

	Kob.	Mężcz.		Kob.	Mężcz.
Parkinsonismus	1	—	Myocarditis acuta	—	1
Marasmus senilis	2	1	Nephritis	1	1
Paralysis progress.	2	13	Meningitis basilaris	—	1
Status epilepticus	1	—	Apoplexia cerebri	2	5
Pneumonia croup.	—	3	Sepsis	—	1
Tbc. pulmonum	6	4	Vitium cordis	6	—
Arteriosclerosis	—	1	Peritonitis purul.	1	—

Dość pokaźna różnica cyfr między ilością przyjętych kobiet a mężczyzn tłomaczy się w sposób następujący: na skutek remontu „Czerwonego Domu“ chore zostały przeniesione do nowego bloku, częściowo zajęty był oddział na męskiej stronie i w Domu Pracy Przymusowej. Mimo tego oddziały były bardzo zapełnione, wobec czego na prośbę Dyrekcji przyjęcie chorych kobiet przez Województwo Śląskie było ograniczone.

Ad Tabl. nr. 6.

W ogólnej ilości leczonych znajduje się 6 obserwacji sądowych i 3 przekazane przez „Pomoc Lekarską“, z tego: — 2 — niedorozwój umysłowy I. stopnia, 1 — padaczka, 1 — alkoholizm, 1 — psychopatja, 1 — psychoza więzienna; kasowe: 1 — niedorozwój I. stopnia, 1 — histerja, 1 nerwica urazowa.

Ad Tabl. nr. 9.

2 złamania ud na męskiej stronie powstały u starszych osobników: 1 przy pracy skutkiem nieszczęśliwego wypadku, 2 — skutkiem padnięcia chorego na podłogę, 3 zaś, złamanie szczęki dolnej, powstało podczas napadu epileptycznego. 3 złamania po stronie żeńskiej powstały wszystkie podczas napadów epileptycznych, 1 z ran, zanotowanych po stronie żeńskiej, powstała skutkiem samozranienia chorej trzewi kawałkiem szkła przez pochwę; po następowym zapaleniu otrzewnej chora zmarła. Prokuratura udowodniła winę pielęgniarkom. Pozostałe rany były o charakterze lekkich okaleczeń; nie obeszło się oczywiście bez sińców. Było kilka wypadków lekkich oparzeń chorych przy kaloryferach. Odleżyny miały miejsce wyłącznie u chorych na porażenie postępujące.

Sprawozdanie kasowe.

A. Zakład.

1) Ogólna suma dochodów	1.654.298.03 zł
2) Ogólna suma rozchodów	1.428.535.39 zł
Remanent kasy:	225.762.64 zł

Remanent kasowy został przeznaczony przez Województwo Śląskie na inwestycyjne prace w Zakładzie.

B. Gospodarstwo rolne.

1) Ogólna suma dochodów	222.692.63 zł
2) Ogólna suma rozchodów	173.211.99 zł
Czysty zysk przelany na poz. 14 dochodów Zakładu	49.480.64 zł

Dochody Zakładu składają się:

a) zwyczajne

1) Zwrot kosztów za dostarczanie wody obcym	22.017.70 zł
2) Różne: darcie pierza, odsetki, koszta pogrzebowe i inne	12.746.29 zł
3) Zwrot kosztów utrzymania chorych i zwrot przez personel kosztów wyżywienia	1.145.648.48 zł
4) Z pracy warsztatów dla personelu	271.03 zł
5) Dochód z ogrodnictwa i hodowli trzody chlewnej	50.829.78 zł
6) Czysty zysk z gospodarstwa rolnego	49.480.64 zł
Dochody zwyczajne razem:	1.280.993.92 zł

b) nadzwyczajne.

1) Pozostałość kasowa z roku spraw. 1926/27.	269.639.67 zł
2) Dodatkowy kredyt Województwa na pobory	71.028.20 zł
3) Zwroty manipulacyjne	32.636.24 zł
Dochody nadzwyczajne razem:	373.304.11 zł
Dochody zakładowe zwyczajne i nadzw. razem:	1.654.298.03 zł

Rozchody Zakładu składają się:

a) zwyczajne:

1) Uposażenia służbowe	443.212.52 zł
2) Inne wydatki osobowe	18.206.19 zł
3) Podróże służbowe	2.836.58 zł
4) Środki lokomocji	10.592.90 zł
5) Pomieszczenie, opał, światło, utrzymanie porządku, ubezpieczenie, konserwacja i drobny remont itp.	123.153.09 zł
6) Wydatki biurowe i zakup książek dla bibljoteki	10.737.69 zł
7) Inne wydatki, jak koszta pogrzebowe, tytoń dla chorych, koszta bankowe itp.	15.232.52 zł
8) Remont i konserwacja budynków	53.281.46 zł
9) Koszta utrzymania chorych i personelu: żywienie, leczenie, ubranie, bielizna, pościel itp.	531.669.32 zł
10) Inwentarz	13.963.19 zł
11) Gospodarstwo Zakładowe: ogrodnictwo i hodowla trzody chlewnej	15.611.06 zł
12) Laboratorjum	2.814.10 zł
Rozchody zwyczajne razem:	1.241.310.12

b) nadzwyczajne:

1) Remont i budowa nowych budowli	185.544.74 zł
2) Zwroty manipulacyjne	1.680.53 zł
Rozchody nadzwyczajne razem:	187.225.27 zł
Rozchody Zakładowe zwyczajne i nadzw. razem:	1.428.535.39 zł

Koszta utrzymania chorych w Zakładzie według rozporządzenia Województwa Śląskiego wynoszą:

Dla chorych Województwa Śląskiego:

prywatni I. klasa 10 zł dziennie.
II. klasa 6.50 zł dziennie.
IIa klasa 4.50 zł dziennie
ubodzy IIb klasa 4,— zł dziennie.

Prywatni chorzy z innych Województw płacą:

I. klasa 11,— zł dziennie.
II. klasa 8,— zł dziennie.
IIIa klasa 5,— zł dziennie.
ubodzy IIIb klasa 4,50 zł dziennie.

Własne koszta odżywienia chorych w roku sprawozd. wynosiły:

I. klasa 2,15 zł dziennie.
II. klasa 1,54 zł dziennie.
III. klasa 1,42 zł dziennie.

Folwark.

Na folwarku znajduje się pawilon dla chorych na 40 osób, zatrudnionych tamże.

Folwark posiada 205,75 ha roli ornej i 38,25 ha łąk i pastwisk. Największą ilość ha (54,50) zużyto pod zasiew żyta; następnie — 40,25 ha ziemniaków, 38,00 ha owsa, 24,25 ha koniczyny, 10,00 ha pszenicy. Reszta w niewielkich ilościach od 2—7 ha zużyto pod zasiew brukwi, kapusty, bobiku itp. Zbiory zboża wyrażały się w cyfrach następujących:

żyta	912 podwójnych centnarów
ziemniaków	6937,30 podwójnych centnarów
koniczyny	1118,00 podwójnych centnarów
pszenicy	199,00 podwójnych centnarów
owsa — omłot jeszcze nie ukończony.	

Nawozów sztucznych zużyto w r. spr.

kainit	350,00 podwójnych centnarów
sól potasowa	575,50 podwójnych centnarów
superfosfat	390,50 podwójnych centnarów
tomasyna	215,50 podwójnych centnarów
wapno	304,00 podwójnych centnarów
surofosfat	13,00 podwójnych centnarów
siarczan amonu	202,85 podwójnych centnarów
azotniak	12,00 podwójnych centnarów

Folwark posiada: 31 koni, 103 bydła rogatego, z tego 4 wołów roboczych, 2 buhaje, 15 cieląt; w roku sprawozdawczym urodziło się 44 cieląt. Udój mleka w roku spr. wynosił 130.547 litrów, z tego:

Do Zakładu	112,973 litr.
dla karmienia cieląt	4,946 litr.
deputaty	12,628 litr.

Sprzedano poza Zakład:

żyta	4,50 podwójnych centnarów
pszenicy (poślad)	8,75 podwójnych centnarów
jęczmienia ozim.	0,50 podwójnych centnarów
jęczmienia jarego	11,50 podwójnych centnarów
owsa	1,10 podwójnych centnarów
łubinu	27,06 podwójnych centnarów
marchwi	0,50 podwójnych centnarów
ziemniaków	209,50 podwójnych centnarów
siana łąkowego	0,50 podwójnych centnarów
otrębi żytnich	0,70 podwójnych centnarów

Personel Folwarku:

1 rządca,
1 elew,
1 młynarz (pielęgniarz),

1 szafarz,
1 włódarz i maszynista,
1 kołodziej,
1 kowal,
2 krowiarze, } na ordynarji.
1 pastuch,
1 stangret,
1 stróż nocny,
5 fornali
4 robotników folwarcznych,
7 chłopaków do koni,
latem około 20 dziewcząt,
w zimie około 10 dziewcząt,
7 dójek,
32—35 chorych psychicznie mężczyzn stale
10—20 chorych psychicznie kobiet w miarę potrzeby.

Sprawozdanie kasowe.

Dochody składają się:

1) Ze sprzedaży ziemiopłodów	102.430.08 zł.
2) Z obory za mleko i sprzedaż bydła	56.925.44 zł.
3) Za wynajęcie przez Zakład furmanek i wozów	11.865.— zł.
4) Z młyna	48.298.13 zł.
5) Różne, jak wynajęcie polowania, kucie koni, naprawa kół, wozów itd.	1.056.30 zł.
6) Zwrot przez robotników części składek ubezpieczeniowych	2.117.68 zł.
Dochody z Folwarku razem:	222.692.63 zł.

Rozchody składają się:

1) Administracja	7.399.68 zł.
2) Uposażenia robotników	26.927.09 zł.
3) Konserwacja budynków	3.995.29 zł.
4) Inwentarz martwy	7.498.06 zł.
5) Konie	2.959.64 zł.
6) Opał, światło i materjały magaz.	5.743.45 zł.
7) Nawozy sztuczne	30.061.13 zł.
8) Ciężary, publiczne	599.66 zł.
9) Kupno niektórych nasion do zasiewu	4.288.61 zł.
10) Wydatki bieżące na utrzymanie bydła i konser. obory	25.416.37 zł.
11) Młyn — konserwacja i kupno zboża*)	48.587.12 zł.
12) Budowa stodoły polnej	7.973.36 zł.
13) Różne	1.762.53 zł.
Rozchody Folwarku razem:	173.211.09 zł.

*) Młyn prowadzi z zarządem Folwarku osobne rozliczenie.

TABL. nr. 6.

Rozpoznanie.		Pozostali z roku 1926/27 K.	Pozostali z roku 1926/27 M.	Przybyli w roku 1927/28 K.	Przybyli w roku 1927/28 M.
I. Psychoses traumaticae:	1. Psych. reactiva	6	—	4	1
	2. Psych. post traumam	—	—	—	1
II. Psychoses ex laesione cerebri organica:	1. Sclerosis multiplex	—	1	1	—
	2. Laesio cerebri org.	—	1	—	—
III. Psychoses ex intoxicatione externa:	1. Intoxicatio alcoholica				
	a) alcoholismus chron.	—	5	—	4
	b) delirium tremens.	—	—	—	1
	c) epilepsia alcoholica	1	—	—	—
	d) ps. Korsakovi	—	1	—	—
	2. Morphinismus	—	—	—	1
IV. Psychoses ex intoxicatione interna:	1. psych. puerperalis	—	—	2	—
	2. „ lactationis	—	—	3	—
	3. „ climacterica	—	—	2	—
V. Psychoses ex inf. ac.	1. Meningitis basilaris	—	—	—	1
VI. Psychoses ex inf. chron.	1. Parkinsonismus	3	6	1	2
	2. Paral. progressiva	3	21	4	32
	3. Tabo-paralysis	—	1	—	—
VII. Psychoses ex involutione regressiva:	1. Arteriosclerosis	—	1	1	7
	2. Dementia senilis	11	6	3	2
	3. Dementia praesenilis	3	1	2	—
VIII. Paranoia		—	—	—	1
IX. Schizophrenia	1. Sch. simplex	129	156	36	90
	2. Dementia paranoides	10	38	9	12
	3. Katatonia	30	36	6	13
	4. Hebefrenia	1	7	2	3
X. Psychoses maniacales depressivae		16	4	10	2
XI. Psychoses epilepticae		40	44	11	16
XII. Psychoses histericae		4	—	8	2
XIII. Psychopatia constitutionalis		—	1	—	6
XIV. Oligophrenia	1. Debilitas	3	1	1	6
	2. Imbecillitas	49	16	—	6
	3. Idiotismus	25	12	2	1
XV. Bez zaburzeń psychicznych	1. Neurasthenia	—	—	1	3
	2. Chorea	1	—	—	—
	3. Tabes dorsalis	—	—	—	1
	4. Neurosis traumatica	—	—	—	1
XVI. Zdrowi		—	—	—	2
		335	359	109	217

Ogólna ilość leczonych w r. 27/28		Wypisano:																		Pozostało na rok 1928/29	
		Wyleczonych		Nie wymagających pobytu w zakładzie		Zabrani przez rodzinę				Przeniesieni do innych zakładów				Oddalili się		Zmarli		Ogólna ilość wypisanych			
						z poprawą		bez zmiany		przytułków		szpitali									
K.	M	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.
10	1	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	6	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	9	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	6
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—
2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
4	8	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	1	2	3	2	5
7	53	—	3?	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	2	18	2	29	5	24
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1	8	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	2	1	4	—	4
14	8	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	6	1	8	3	6	5
5	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	2	1
—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
165	246	—	—	—	3	14	24	6	9	—	—	2	1	1	2	3	4	26	43	139	203
19	50	—	—	—	—	2	4	2	2	—	—	—	—	—	1	—	—	4	7	15	43
36	49	—	—	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	4	2	6	5	30	44
3	10	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	9
26	6	—	—	—	1	6	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	7	2	19	4
51	60	—	—	—	1	—	—	8	6	—	—	1	—	—	—	2	1	11	8	40	52
12	2	—	—	—	1	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	7	—
—	7	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4
4	7	—	—	—	3	—	—	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	3	5	1	2
49	22	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	3	—	—	1	—	—	3	4	46	18
27	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	26	12
1	3	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1
1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
444	576	1	5	—	16	38	41	22	34	—	1	10	3	1	4	22	31	94	135	350	441

Państwowy Zakład Psychjatryczny

w KOBIERZYNIE

Sprawozdanie [1]
za
ROK 1927

TABLICA I.

Liczba etatowych łóżek	550
Było chorych na początku 1927 r.	773
Przyjęto w 1927 r. chorych	594
Wypisano w r. 1927	458
Zmarło w r. 1927	89
Pozostało na rok 1928	909
Przeciętna dzienna liczba chorych	848
Najwyższa	911
Najmniejsza	771

Z powodu przepełnienia Zakładu część chorych sypiała na siennikach, rozkładanych na noc między łóżkami.

Dyrekcja czyni obecnie znaczne utrudnienia przy przyjmowaniu nowych chorych i jak najenergiczniej wypisuje spokojnych niewyleczonych; nieuchronnie jednak zbliża się chwila, w której wypadnie zamknąć Zakład i przyjmować chorych jedynie na miejsca wolne po wypisywanych czy zmarłych chorych.

TABLICA II.

Rozpoznanie	Było 1. I. 1927		Przybyło w r. 1927		Ogólna liczba leczonych 1927		Ubyło w r. 1927		Pozostaje na r. 1928	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k	m.	k.
Oligophrenia	27	22	11	13	38	35	7	6	31	29
Psychopathia constitutional.	6	3	15	4	21	7	10	4	11	3
Psych. man.-depr.	6	5	4	19	10	24	6	16	4	8
Schizophrenia	317	232	214	183	531	415	153	146	378	269
Psych. epilept.	45	14	20	6	65	20	18	4	47	16
Hysteria	—	3	4	1	4	4	1	3	3	1
Paral. progr.	38	12	40	5	78	17	38	9	40	8
Encephal. leth.	5	3	5	2	10	5	2	—	8	5
Inne psych. org.	10	5	5	4	15	9	8	3	7	6
Psych. praesen. et senilis	4	11	5	16	9	27	4	10	5	17
Alcoholismus etc.	5	—	13	—	18	—	6	—	12	—
Sine morbo psych.	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—
	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—
	463	310	339	255	802	565	255	203	547	362

[1]) Podane w streszczeniu. Red.

TABLICA III.

Ubyło w roku 1927:

	m.	k.	razem
Wyleczonych	4	7	11
Z polepszeniem	68	58	126
Bez zmiany	131	97	228
Zbiegłych	4	—	4
Zmarłych	48	41	89
	255	203	458

Zmarło w 1927 r. 89 osób, co w odniesieniu do ogólnej liczby chorych w tym roku 1367 osób stanowi 6,51%.

Porażeńców leczono w 1927 r. — 95 osób, z nich zmarło 28 osób, t. j. 29,49%.

TABLICA IV.

Przyczyny zejść śmiertelnych w 1927 roku.

Tbc. pulmonum, intestinorum etc.	27 chorych
Dysenteria	1 chora
Pneumoniae, pleuropneumoniae etc.	19 chorych
Vitium cordis, adynamia cordis, anaemia etc.	7 chorych
Nephritis, cystitis, pyelonephritis	3 chorzy
Enteritis, colitis, peritonitis	6 chorych
Paralysis progressiva	4 chorzy
Status epilepticus	1 chory
Gliomata cerebri	2 chorzy
Leptomeningitis purulenta	1 chory
Carcinoma cardiae	1 chora
Pyaemia	10 chorych
Sepsis	5 chorych
Marasmus	2 chorzy
razem	89 chorych

TABLICA V.

Choroby zakaźne w roku 1927.

	Czerwonka	Róża
Przyjęto chorych zakaźnie	—	—
Zachorowało w Zakładzie	12	17
Wyzdrowiało	1	—
Zmarło wskutek innych chorób	3	—
Pozostało na rok 1928	1	—

W związku z przepełnieniem Zakładu i znacznem utrudnieniem dozorowania chorych było w roku sprawozdawczym kilka nieszczęśliwych wypadków. Jedna chora, wykorzystując niedbalstwo pielęgniarki, zabrała jej zapałki, potrafiła ukryć je podczas zwykłej rewizji przez Siostrę Oddziałową przed pójściem na spoczynek i w nocy podpaliła na sobie bieliznę w klozecie. Zaraz po podpaleniu bielizny na sobie chora zaczęła krzyczeć o pomoc, ogień natychmiast ugaszono, nie obeszło się jednak bez znacznych oparzeń. W kilka tygodni później chora zmarła na zapalenie płuc i zapalenie nerek. Sprawa poparzenia się chorej oddana została Prokuraturze. W inym przypadku chory schizofrenik uszkodził choremu paralitykowi dwa żebra; chory paralityk zmarł w 1½ miesiąca po wypadku. Prócz tych dwóch wypadków było kilka innych mniej poważnych: paralityk przy upadku z łóżka złamał sobie szyjkę kości biodrowej, chory schizofrenik odłamkiem rozbitej szyby przeciął sobie powierzchownie skórę na szyji, chora schizofreniczka w czasie bójki z inną chorą upadła na podłogę i złamała sobie przedramię, chory katatonik rozerwał sobie skórę na worku mosznowym, inny odgryzł sobie koniec języka, chora schizofreniczka próbowała się udusić kawałeczkami oderwanej od bielizny tasiemki, — pozatem były drobne uszkodzenia (stłuczenia,

sińce, zadrapania itd.), powstałe w czasie ataków epileptycznych, a głównie w czasie nieporozumień między chorymi.

Zakład nie otrzymuje dotąd przestępców na obserwację; psychicznie chorzy przestępcy Zakładu rekrutują się z osób, które przebyły już obserwację i sprawę sądową.

*

Na 140 osób służby pielęgniarskiej (63 mężczyzn i 77 kobiet) zmieniło posady 82 osoby, tj. 58,6% — 16,4% u mężczyzn i 42,1% u kobiet.

W celu wyrobienia młodszej służby pielęgniarskiej urządzano w roku sprawozdawczym kursy dla pielęgniarzy i pielęgniarek, pracujących ponad 2 miesiące w Zakładzie.

Siostry Zakonne, zajmujące stanowiska kierownicze w różnych działach służby administracyjnej wzgl. pełniące obowiązki dozorczyń oddziałowych, dzięki swemu kilkoletniemu doświadczeniu, swej obowiązkowości i zamiłowaniu do porządku przyczyniają się w dużej mierze do prawidłowego biegu pracy.

*

W porównaniu z r. 1926 uwydatnia się dalsze zmniejszenie ilości zużytych fizycznych i chemicznych środków krępujących (stosowano: kocowanie — 415 razy, leki nasenne doustnie — 73 razy, zastrzykiwania skopolaminy z morfiną — 213 razy). Kąpiele przedłużone stosowano 8054 razy, odosobnienia — 1108 razy. Dyrekcja Zakładu zamierza z czasem zredukować liczbę kocowań i stosować je jedynie w wyjątkowych wypadkach, a leki nasenne zmniejszyć conajmniej do połowy.

*

Stosunkowa liczba chorych pracujących spadła nieco, wynosząc w roku sprawozdawczym 54—58% dziennego stanu chorych. Przyczyną obniżenia jest konieczność jaknajwcześniejszego wypisywania chorych z Zakładu ze względu na jego przepełnienie.

Za przykładem innych pokrewnych instytucji Zakład wprowadza jedwabnictwo; dopiero w 1928 r. jednak należy się spodziewać poważniejszych rezultatów.

Na rozrywki chorych złożyły się w roku sprawozdawczym przedstawienia z udziałem chorych i zdrowych, koncerty przez gości urządzane i zabawy taneczne. W czasie Świąt Bożego Narodzenia wystawiono „Jasełkę" Rydla, chorzy pracujący urządzili szopkę z marjonetkami.

Dzięki ofiarności dwóch rodzin pacjentów urządzono 5 aparatów detektorowych, każdy aparat z 3 parami słuchawek.

Bibljoteka beletrystyczna, dzięki ofiarności rodziny jednej z pacjentek, powiększyła się o 202 tomy i z końcem 1927 r. liczyła 1060 tomów. Bibljoteka lekarska liczy z końcem roku sprawozdawczego 717 tomów; liczbę prenumerowanych czasopism musiano zredukować ze względów budżetowych.

Rosnące stale przepełnienie Zakładu nie dało lekarzom dużo czasu do pracy naukowej, to też przeważnie pracowano dorywczo, nie mając możności przeprowadzenia systematycznie większych prac.

Do pracowni naukowej i prosektorjum zakupiono urządzenie do badań w ciemnem polu, aparat Linzenmeier'a do badań szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, antropometr Martin'a, aparat Ravaut-Boyer'a, chłodnicę Allihina, mikroskop do trychinoskopji i in.

Część gospodarcza.

A. Dochody.

Dotacje z Tymczas. Wydz. Samorządowego w Lwowie	701.000,— zł
Opłaty za leczenie chorych	531.874,56 zł
Dochody z gospodarstwa rolnego	72.798,18 zł
Wszystkie pozostałe dochody	30.497,52 zł
razem	1.336.170,26 zł

B. Wydatki.

Wydatki osobowe	506.298.68 zł
Żywienie chorych	386.290.22 zł
Opał, światło, woda, konserwacja budynków pp.	263.192.86 zł
Bielizna, pościel, obuwie, meble i in.	69.331.84 zł
Leki, utrzymanie pracowni i bibljoteki lek. pp.	8.883.68 zł
Utrzymanie folwarku i ogrodu	66.167.86 zł
Różne	38.910.20 zł
razem	1.339.075.34 zł

Zakład Psychjatryczny

TWORKI

Sprawozdanie *)

za

ROK 1927

W ciągu roku sprawozdawczego w składzie lekarskim Zakładu zaszły następujące zmiany:

1). Prymarjusz dr. Józef Bednarz z dniem 1. IX. 1927 r. przeniesiony został do zakładu w Kulparkowie na stanowisko dyrektora zakładu.

2). Ordynarjusz dr. St. Deresz z dniem 1. I. 1927 r. awansowany został na stanowisko prymarjusza, a

3). asystentka dr. Wanda Bobrowska — na stanowisko ordynarjusza.

Przy przeciętnej dziennej liczbie chorych 849 na jednego lekarza przypadała w średnim rachunku 170 czynnych łóżek z liczby chorych w ciągu roku 291 (1457:5).

Personel Zakładu stały i wyłączny obejmował z końcem roku sprawozdawczego 271 osób (124 mężczyzn i 147 kobiet).

Autopsji zwłok dokonano w 36 przypadkach (18 m. i 18 k.).

W podręcznej pracowni lekarskiej dokonano: 249 analiz chemicznych moczu, 119 badań drobnowidowych wydzielin oraz 136 badań płynu mózgowo-rdzeniowego: dokonywano też badań histopatologicznych na materjale sekcyjnym.

Bibljoteka lekarska powiększyła się o 94 numery katalogowe, beletrystyczna zaś o 132.

Udział lekarzy w pracach towarzystw naukowych zaznaczył się i w roku sprawozdawczym pokaźnym szeregiem odczytów, referatów i pokazów. Pozatem, lekarze Zakładu ogłosili drukiem następujące publikacje:

1) Dr. Bednarz: Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi w Polsce (Roczn. Psych. zeszyt VI).
2) Dr. Deresz: Opieka nad umysłowo chorymi a społeczeństwo polskie (Roczn. Psych. zeszyt VI).
3) Dr. Handelsman i dr. Bobrowska: Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych (Roczn. Psych. zeszyt VI).
4) Dr. Kamiński: Badania nad pamięcią szeregu spostrzeżeń (Roczn. Psych. zeszyt VI).
5) Dr. Łuniewski: Kronika psychjatryczna (Roczn. Psych. zeszyt V).
6) Dr. Łuniewski: Z kazuistyki sądowo-psychjatrycznej alkoholizmu („Walka z alkoholizmem", Rch. VI. 1927, nr. X-XII).
7) Dr. Łuniewski: Poczytalność pijanego (Ks. Zbiór „Trzeźwość" poświęcona XII Kongresowi przeciwalkoholowemu).

Personel pielęgniarski liczył z końcem roku sprawozdawczego 140 osób. Co do kwalifikacji personelu, sprawozdanie akcentuje — w porównaniu z rokiem ubiegłym — pewną poprawę.

*). Podane w streszczeniu. — Red.

Kursy dla personelu pielęgniarskiego prowadziły 3 siły lekarskie w trzech grupach. Wykłady odbywały się 2 razy tygodniowo. Frekwencja była bardzo słaba.

TABLICA I.

Ogólny ruch chorych.

Wyszczególnienie	Pozost. z poprzedn. roku	Przyjęto	Razem leczono	Wypisano	Przeniesiono do in. szpitali	Zmarło	Pozostało na 31. 12. 27
Mężczyźni	424	374	798	234	85	47	432
Kobiety	387	272	659	166	17	41	435
Razem	811	646	1457	400	102	88	867

Liczba przyjęć stanowi 79,65% stanu chorych z dnia 1. I. 1927 r. Liczba zmarłych stanowi 6,03% ogółu leczonych.

Wyniki pobytu chorych w zakładzie przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie — u 214 osób, t. j. u 36,27% ubyłych,
wyniki obojętne — u 288 osób, t. j. u 48,82% ubyłych,
wyniki śmiertelne — u 88 osób, t. j. u 14,91% ubyłych.

TABLICA II.

Podział podług rozpoznania.

Rodzaj choroby	Pozostało z poprzed. roku		Przyjęto		Wypisano		Zmarło		Pozostaje na 31. 12. 27	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Zaburzenia psychiczne po uraz. mózgu	2	—	2	—	2	—	1	—	1	—
Zaburzenia przy chorob. organ. (łącznie z park. pośpiączk.)	19	7	13	3	6	—	5	1	21	9
Zaburz. na tle zatruć wewnątrzpochodnych	—	8	—	19	—	18	—	1	—	8
Zaburz. przy zatruciu zewnątrzpoch. (alkoholizm, morfinizm itp.)	24	5	22	3	23	3	1	2	22	3
Psychozy infekcyjne	—	2	—	8	—	3	—	4	—	3
Zaburz. psychiczne przy kile mózgu łącznie z p. p. i wiądem	37	9	54	14	28	1	20	6	43	16
Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych w wieku podeszłym	17	45	18	29	13	21	4	6	18	47
Zaburz. na tle padaczki	26	19	14	9	18	6	2	1	20	21
Otępienie wczesne	197	210	166	130	144	86	10	19	209	235
Psych. szał.-posępn.	15	35	10	27	15	27	1	1	9	34
Psychopatja ustrojowa	17	6	16	8	19	3	—	—	14	11
Reakcje psychorodne	5	—	2	3	4	1	1	—	2	2
Paranoia	1	1	—	—	—	1	—	—	1	—
Oligophrenia	61	39	48	18	40	12	1	—	68	45
Przypadki nierozpoznane	3	1	5	1	3	1	1	—	4	1
Sine morbo	—	—	4	—	4	—	—	—		—
Razem . .	424	387	374	272	319	183	47	41	432	435

TABLICA III.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

Przyczyny śmierci	m.	k.	razem
Zapalenie płuc włóknikowe	1	2	3
Zapalenie opłucnej i płuc	1	1	2
Gruźlica płuc i innych narządów	10	16	26
Ostra gruźlica prosówkowa	—	1	1
Ostre sprawy zapalne żołądka i jelit	3	2	5
Choroby mięśnia sercowego	4	4	8
Niedomoga czynnościowa serca	6	5	11
Uwiąd poraźny	12	3	15
Napad poraźny	6	1	7
Stan padaczkowy	1	—	1
Róża (erysipelas)	1	1	2
Zapalenie mózgowe pogrypowe	—	1	1
Ropne zapalenie opon mózgowych	1	—	1
Ropień w móżdżku	—	1	1
Guzy mózgowia	—	1	1
Posocznica	—	1	1
Ropne zapalenie wyrostka sutkowego	—	1	1
Zaduszenie się (w napadzie)	1	—	1
Razem	47	41	88

W ciągu roku sprawozdawczego lekarze Zakładu wydali 75 opinji o podsądnych, przebywających z mocy decyzji sądowych (67 m. i 8 k.)

Wyniki badań podsądnych, o których wydane zostały opinje, przedstawiają się w sposób następujący:

	m.	k.
1) Niepoczytalni zupełnie	20	4
2) Poczytalność ograniczona do stopnia nieodpowiedzialności	21	2
3) Poczytalność zmniejszona z zachowaniem odpowiedzialności	18	2
4) Poczytalni	8	—
Razem	67	8

Pod względem rozpoznania psychjatrycznego badani podsądni zaliczali się do grup następujących:

	m.	k.	razem
1) Parkinsonizm pośpiączkowy	1	1	2
2) Alkoholizm	9	—	9
3) Psychoza poporodowa	—	1	1
4) Psychozy luetyczne i paraluetyczne	6	—	6
5) Psychozy inwolucyjne	—	1	1
6) Epilepsia	1	—	1
7) Rozszczepienie psychiczne	16	1	17
8) Degeneracja psychopatyczna	12	1	13
9) Niedorozwój psychiczny	14	2	16
10) Brak objawów patologicznych	8	1	9
Razem	67	8	75

Do szkółki-ochronki uczęszczało w ciągu roku sprawozdawczego 37 dzieci (17 chł. i 20 dz.); na dzień 1. I. 1928 r. pozostało dzieci 19-ro (9 chł. i 10 dz.).

Dzieci te można było pod względem pedagogicznym podzielić na trzy grupy. a mianowicie:

1) dzieci uczące się systematycznie w zakresie mniejwięcej 3 niższych oddziałów szkoły powszechnej (psychoza pośpiączkowa — 5, padaczka — 3, schizophrenia — 3, psychoza man.-depressiva — 1, chorea minor. — 1, niedorozwój psychiczny — 9);

2) dzieci zdolne do wykonywania tylko robót ręcznych (idjotyzm — 1, otępienie padaczkowe — 4, psychoza pośpiączkowa — 2), oraz

3) dzieci niezdolne ani do nauki, ani do wykonywania robót ręcznych (daleko posunięte otępienie padaczkowe — 2, wczesna schizofrenja — 1, niedorozwój psychiczny o stopniu wyższym — 5).

Stosowano w Zakładzie kąpiele lecznicze, koce, odosobnienie, immobilizację, oraz hyoscynę i środki nasenne.

Chorzy pracowali w kuchni, gospodarstwie rolnem i ogrodzie, w warsztatach, w domach prywatnych, w kancelarji i bibljotece, aptece i w pawilonach. Pracowało 27,7% (28,6% mężczyzn i 26,7% kobiet).

W roku sprawozdawczym odbyło się 29 zabaw, w tem 9 przedstawień i 14 zabaw tanecznych. Założono drugi aparat radjowy.

W roku sprawozdawczym notowano następujące przypadki chorób zakaźnych wśród chorych:

	m.	k.	razem
1) Dur brzuszny	—	1	1
2) Paratyphus B i C	—	1	1
3) Róża	4	14	18
4) Grypa	4	12	16
5) Angina	—	23	23
6) Malarja	4	9	13
7) Gruźlica otwarta	14	11	25
8) Jaglica	17	4	21
9) Różne postacie ostrych stanów zapalnych przewodu pokarmowego	—	52	52
10) Pneumonia	—	1	1
Razem	43	128	171

W marcu roku sprawozdawczego zachorowało pozatem na Paratyphus B i C siedm osób z personelu.

Z chorych ewakuowanych z Zakładu w Tworkach do zakładów b. dzielnicy pruskiej pozostało tam na 31. XII. 1927: w Kocborowie — 502, w Świeciu — 130, w Wejherowie — 5, w Dziekance — 111, w Owińskach — 37 i w Kościanie — 25, ogółem więc 810 chorych.

Z powodu braku miejsca odmówiono przyjęcia do Zakładu 426 zgłaszających się chorych.

Ucieczek chorych było 33 (24 m. i 5 k., a 5 m. uciekało 2 razy),9 przypadków ucieczki dotyczyło podsądnych, z których 3 nie powróciło. Ogółem nie wróciło 7 chorych.

W szpitalu uprawiano 28¼ ha pola i ogrodów, a w tej liczbie: 19 ha pola ornego, 2½ ha łąki i 7 ha ogrodu warzywnego i owocowego.

Na folwarku utrzymywano przeciętnie dziennie: 13 koni, 3 źrebaki, 31 krów mlecznych, 1 stadnika i 82 wieprze.

Zakład korzystał z usług dwóch samochodów ciężarowych.

W roku sprawozdawczym dokonano: przebudowy kuźni, obory, kurnika, 2 szop węglowych, urządzono mieszkanie oraz nowy magazyn techniczny , rozszerzono piekarnię, przerobiono mieszkania rzemieślnicze na urzędnicze, przebudowano skarbiec (uszkodzony przez włamywaczy), przeprowadzono gruntowny remont całego szeregu pawilonów, wykończono stróżówki. Dalej zakupiono 2 silniki elektryczne, przebrukowano chodniki wzgl. wyłożono je betonem, wykonano wzgl. naprawiono parkany wewnętrzne i ogrodzenie zewnętrzne, wyłożono terrakotą szereg ubikacji w pawilonach, a w części ułożono podłogę składo-drzewną, przeprowadzono gruntowny remont samochodów oraz wybudowano dom mieszkalny dla 36 rodzin pracowników Zakładu.

Ogółem koszt prac konserwacyjnych i inwestycyjnych wyniósł w roku sprawozdawczym 356,617,34 zł.

Przeciętny koszt jednego dnia zakładowego wynosił 4,12 zł. Koszta inwestycji budowlanych obciążyły ponadto koszt dnia zakładowego kwotą 88.6 gr.

Taksa szpitalna wynosiła w ciągu całego roku: klasa I. — zł 10.—, klasa II. — zł 8.—, klasa III. — zł 4.50.

Dochody szpitala.

Dotacja M.S.W. (Departamentu Służby Zdrowia)		1.321,000,— zł
Koszta kuracyjne zaległe i bieżące		1.331.799,65 zł
Folwark i ogród		92.419,26 zł
Różne		12.891,02 zł
	Razem	2.758.109.93 zł

Rozchody szpitala.

Płace personelu		562.741,19 zł
Opał, światło i utrzymanie porządku		126,990,76 zł
Konserwacja budynków		66.618,48 zł
Żywienie chorych		387.934,95 zł
Bielizna, odzież i sprzęty		94.253,59 zł
Koszta lekarstw i wydatki sanitarne		11.597,58 zł
Budowle i inwestycje		274.956,76 zł
Uprawa ogrodów i pól i utrzymanie inwentarza		101.222,75 zł
Utrzymanie chorych w zakładach pomorskich i poznańskich		1.048.785,75 zł
Remanent dotacji (saldo na r. 1928)		54.237,92 zł
Różne		28.770,20 zł
	Razem	2.758.109,93 zł

NADESŁANE.

ANKIETA W SPRAWIE ZABAW I GIER RUCHOWYCH POLSKICH.

Jesteśmy narodem, posiadającym piękną i bogatą rodzimą tradycję we wszystkich działach kultury. Mało jednak mamy skłonności do badania tej tradycji, a najmniej bodaj — do pielęgnowania tych jej elementów, które dadzą się pogodzić z wymaganiami życia nowoczesnego. Jednym z jaskrawszych przykładów tej karygodnej obojętności na skarby rodzimej cywilizacji, jest bez wątpienia nasz stosunek do staropolskich zabaw i gier ruchowych. U wielu narodów Zachodu ogłoszono o tym przedmiocie szereg poważnych dzieł naukowych, a prastare gry, pieśni i pląsy uczyniono niezbędną częścią składową narodowego wychowania. U nas dążność podobna już zapoczątkowana; na przeszkodzie jej wszakże stoi nieznajomość znacznej części własnego w tej dziedzinie bogactwa. Dla częściowej choćby poprawy tego stanu rzeczy, póki czas — póki resztki tradycji nie zatoną w powodzi cudzoziemszczyzny, ogłaszamy niniejszą ankietę. Prócz wspomnianego celu — unarodowienia naszego wychowania fizycznego — ma ona do spełnienia niemniej ważne zadanie naukowe. Pomoże nam wyświetlić niejasną jeszcze w wielu szczegółach genezę zabaw, ich związki z całością kultury narodowej nieraz zamierzchłych wieków, ich wędrówki i przemiany pod wpływem zmiany środowiska i t. p.

Najusilniej tedy wzywamy na pomoc przedewszystkiem inteligencję, stykającą się z ludem: Duchowieństwo, nauczycielstwo, lekarzy i in. Niemniej pożądane będą własne lub cudze, lecz w miarę możności dokładnie spisane wspomnienia członków starszej generacji. Także szkolne reminiscencje są cenne, o ile odnoszą się do czasów, gdy młodzież grywała w palanta, ekstrę, metę, i t. p., kierując się wyłącznie tradycją (przed wcieleniem gier w program zajęć szkolnych).

Oto główne zagadnienia, na które prosimy o odpowiedź:

1). Kiedy (rok) i gdzie (miejscowość, powiat, województwo) odpowiadający czynił swe spostrzeżenia?

2). Uczestnicy opisanej zabawy lub gry: ich wiek, płeć, narodowość, warstwa społeczna.

3). Czy dana zabawa (gra) ograniczona do pewnego sezonu? Jeśli tak, do którego? Ewentualnie jej połączenie z obrzędem ludowym dorocznym, świętem kościelnem, obrz. weselnym i t.p.

4). Ewentualny charakter obrzędowej samejże zabawy lub gry (zwłaszcza przy grze zaczynającej sezon, lub wchodzącej w skład wymienionych pod 3 uroczystości).

5). Teren zabawy (gry): izba, podwórze, pole, droga, las i t.p. i przybliżone wymiary przestrzeni, na której ona się rozgrywa. Miejsca na tym terenie, posiadające szczególne znaczenie (meta, gniazda etc) ich nazwy, wymiary, stosunek wzajemny.

6). Ewentualne przybory (kijki, krążki, kamyki, kostki, piłki etc.), ich nazwy, opis, sposób sporządzania (np. szycie lub toczenie piłek).

7). Ilość uczestników, ewtl. podział na drużyny (partje), hierarchja graczy i odnośne nazwy (np. matka, bachory, gęsi, wilk etc.).

8). Sposób wyboru drużyn, lub graczy o odmiennych rolach (odliczanie z pomocą wierszyków, wymierzanie na kiju etc.).

9). Przebieg zabawy (gry), opisany zwięźle lecz jasno, tak aby czytelnikowi umożliwić dokładne jej odtworzenie. Prosimy nie pomijać żadnej nazwy, formułki (djalogu), piosenki i t.p., oraz zachować

właściwości gwary ludowej, nie wyłączając wyrażeń mniej przyzwoitych.

U w a g i. Ankieta nasza ma za zadanie zbadanie zabaw o formie ustalonej tradycją. Nie należą tu zatem proste zabawy naśladowcze (w szkołę, pociąg, kuchnię etc.) o zmiennej nieraz postaci, zależnej od wrażeń, działających chwilowo na wyobraźnię dziecięcą. Odpadną też świeże nabytki obce, jak piłka nożna, tenis, koszykówka etc. Dalej odpadną wszelkie elementy (więc choćby rodzime) wyuczone w szkole. Natomiast polskości naszego materjału nie należy traktować zbyt ciasno etnograficznie. Elementy polskie, ruskie, białoruskie, litewskie a nawet niemieckie i żydowskie, przedewszystkiem z obszaru dzisiejszej Rzeczypospolitej, lecz i z dawniejszych jej prowincyj, oraz z terenów emigracyjnych, tak silnie zazębiają się wzajemnem oddziaływaniem w ciągu długich stuleci, że wszystkie stanowią niezbędną podstawę do badań nad tą częścią polskiej kultury.

Nawet drobne przyczynki do stanu naszej wiedzy w tym zakresie mogą okazać się cennemi. Odpowiadający też nie powinien się zrażać tem, że zaobserwował choćby jedną tylko zabawę, ani niedokładnością opisu wyszłej z użycia gry, podanej ze wspomnień jakiegoś staruszka. W każdym razie jednak pożądany spis zabaw (gier), uprawianych w danej miejscowości. Przy nazwach interesujące będzie ich tłumaczenie przez lud niemniej ew. nazwy dwojakie jednej i tej samej gry.

Bardzo pożądane też są rysunki przedstawiające teren zabawy (gry), ustawienie uczestników, przybory etc., oraz nuty piosenek, śpiewanych przy grze. Niemniej użyteczne będą też okazy przyborów, wyrabianych przez samychże uczestników.

W razach wątpliwości, czy dana zabawa (gra) jest ruchowa, korzystniej będzie podać jej opis na wszelki wypadek. Granice bowiem ruchowych i nieruchowych elementów są nieraz niepewne, co więcej zaś, w ciągu ich wędrówek, z kraju do kraju, czy z okolicy do okolicy, zamiana z ruchowych na nieruchowe i odwrotnie nie należy do rzadkości.

Wielkiem ułatwieniem pracy, przy gromadzeniu tego materjału, będzie posługiwanie się podręcznikiem prof. E. Piaseckiego (Zabawy i gry ruchowe, wyd. 3, Lwów—Warszawa, Książnica Atlas, 1922), zawierającym cały znany dotąd dorobek polski. Pominąwszy nieco elementów obcych (Nr. 87—92, 121, 133), uważny czytelnik łatwo się zorjentuje, czy obserwowana przezeń zabawa lub gra jest jeszcze nieopisana; w takim razie dokładny opis konieczny. Jeśli zaś nowo zaobserwowanemi są tylko pewne szczegóły (okolica inna, niż podano w podręczniku, inne nazwy, formuły, piosenki, przybory, inny wiek lub płeć uczestników, różnice w przebiegu gry i t. p.), wystarczy wówczas dokładne powołanie się na podręcznik (nazwa opisanej tam gry, numer, stronica) i przytoczenie zauważonych różnic.

Materjały prosimy skierować do Dyrekcji Studjum Wychowania Fizycznego Uniw. Pozn., Poznań, 3, Park Wilsona, z dopiskiem: „Ankieta“, możliwie rychło, najpóźniej zaś do 1-go września 1928. Będą one opracowywane pod osobistem kierownictwem prof. E. P i a s e c k i e g o. Cenniejsze przyczynki ogłosi się drukiem w całości, lub w obszernem streszczeniu, na łamach miesięcznika „Wychowanie Fizyczne“, lub w „Pracach Nauk. Studjum W. F. Uniw. Pozn.“. Ankieta jest finansowana z zasiłku Państwowego Urzędu Wych. Fiz. i Przysp. Wojsk. w Warszawie.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie wydał następującą odezwę:

O TWÓRCZY CZYN. Królewski Kraków składa w tym roku hołd pamięci swojego pierwszego autonomicznego prezydenta, twórcy na szeroką skalę zakrojonych planów rozwoju i urządzenia miasta, nigdy niezapomnianego Józefa D i e t l a, profesora i rektora Jagiellońskiego Uniwersytetu, rozgłośnej sławy lekarza i wiernego syna polskiej ziemi, „Ojca Polskiej Balneologji“. W uroczystym obchodzie nie zabraknie napewno przed-

stawicielstwa polskiego zdrojownictwa. Ale fizyczne uczestnictwo, złączone nawet z najgłębszem odczuciem wielkiej duszy, wielkiej mocy czynu Dietla, to stanowczo zamało dla prawdziwego uczczenia pamięci tego niepośredniej miary człowieka i dla stwierdzenia niewygasłej wdzięczności za to wszystko, co zdziałał dla polskiego zdrojownictwa i dla polskich uzdrowisk i co przygotował dla ich dalszego rozwoju. Na to trzeba czynu! I tylko czynem mogą zdrojownictwo i uzdrowiska zadokumentować, że Dietla rozumieją, znają jego balneologiczny testament, że chcą i potrafią go wykonać.

Fundamentem, na którym Dietl oparł twórczą robotę na polu polskiej balneologji i swoją własną i swoich współpracowników, była stworzona przez niego w łonie b. Krakowskiego Towarzystwa Naukowego, Komisja balneologiczna, instytucja o charakterze wybitnie naukowym, dostosowana przytem do realnych wymogów praktycznego życia. Wiedział Dietl aż nadto dobrze, że bez naukowej organizacji ani balneologja nasza, jako ważna gałąź wiedzy lekarskiej, ani uzdrowiska, jako ważna gałąź gospodarstwa narodowego, nie staną na wysokim poziomie, nie zrównają się z tem, czem tak bardzo słusznie szczyci się cały Zachód europejski. Zacząłkiem jej dla Polski miała być Komisja balneologiczna - skończoną formą Akademicka Szkoła Balneologji.

Idea Dietla przyświecała i przyświeca w dalszym ciągu wszystkim kolejnym spadkobiercom jego balneologicznej roboty. O urzeczywistnienie jej stara się, ze wszystkich swoich sił, od szeregu lat Polskie Towarzystwo Balneologiczne. I urzeczywistnienie przestało być mrzonką z tą chwilą, kiedy starania przyjęły realną formę gromadzenia składek na budowę i na urządzenie Instytutu Balneologicznego w Krakowie, a w akcji gromadzenia wzięło udział wielkie grono lekarzy, wcale liczne uzdrowiska, a nawet osobistości, stojące poza zdrojownictwem. Polskie Towarzystwo Balneologiczne posiada w tej chwili dość już znaczny kapitał, jako Fundusz Budowy Instytutu Balneologicznego, oraz zapewnienie darowizny gruntu od Prezydjum miasta Krakowa, o ile do budowy bedzie mogło przystąpić.

Czyn, jako wyraz hołdu, złożonego pamięci Dietla, a równocześnie jako spełnienie podstawowej części Jego balneologicznego testamentu, to przynajmniej założenie węgielnego kamienia pod gmach naukowego ogniska polskiej balneologji. Z apelem o ten czyn zwraca się Polskie Towarzystwo, w pierwszym rzędzie do wszystkich lekarzy, pracujących zawodowo po krajowych uzdrowiskach, do Komisji Uzdrowiskowych, do właścicieli uzdrowisk i wszelkiego rodzaju przedsiębiorstw zarobkowych, działających na terenie uzdrowisk. Wszystkich prosi Towarzystwo bardzo gorąco i bardzo usilnie o pomnażanie Funduszu Budowy Instytutu. Prosi i o więcej jeszcze, o zjednanie dla tej samej myśli ogromnego zastępu osób, którym uzdrowiska dają zdrowie i siły, a chociażby tylko sposobność do wytchnienia i do wielorakiej rozrywki. Wszak i od nich należy się wdzięczność „Ojcu polskiej balneologji".

Ale nie wolno nam kończyć na tem tylko. Apel Towarzystwa zwrócić się musi w inną jeszcze stronę, w stronę najwyższych Władz państwowych, wykonawczych i ustawodawczych, musi powiedzieć i podkreślić, że 50 lat po zgonie Odnowiciela polskiego zdrojownictwa, Kraków, kolebka odrodzenia, arena działalności Dietla i kolejnych jego spadkobierców w pracy balneologicznej, czeka w wolnej, odrodzonej Polsce już całe dziesięciolecie na spełnienie naukowych, dla całego zdrojowiska niezmiernie ważnych postulatów rodzimej balneologji.

W Krakowie, w lipcu 1928. r.

Za Polskie Towarzystwo Balneologiczne.

Sekretarz: Dr. Tadeusz Heller.

Prezes: Prof. dr. L. Korczyński.

KOMITET BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ.

Warszawa, Szpital Ujazdowski. — Tel. 522-30. — Konto P. K. O. 14.111.

Odezwa.

Jak długą jest historja walk o wolność naszej Ojczyzny, tak długą jest lista tych, co w służbie zdrowia wojsk polskich spłacili daniny życia i krwi na Jej ołtarzu.

Byli to lekarze, farmaceuci, felczerzy, były siostry-sanitarjuszki i prości sanitarjusze, były też wolontarjuszki i wolontarjusze, dla których głosem sumienia i obowiązku była pomoc walczącym.

Ginęli oni za czasów napoleońskich, ginęli w walkach powstańczych, a później w Legjonach i różnych formacjach ochotniczych.

Dziesiątki i setki ich ginęły w zapomnieniu na oddalonych lądach i morzach, w mrocznych więzieniach Sybiru do końca swych dni służąc współbraciom swą wiedzą i pomocą.

A iluż ich poległo w ostatnich bojach?

Niewiele ich nazwisk zna historja.

Większość poległa tak cicho i niespostrzeżenie, jak cichą była ich praca i poświęcenie dla cierpiących współbraci.

Któż zliczy te imiona, kto oceni ich ofiarność?

Nie społeczeństwo, bo ich nie zna i nic o nich nie wie. Wielkie zadanie sanitarjatu nie zawsze znajdzie zrozumienie w społeczeństwie. Ludzi bardziej przekonywa i olśniewa jeden wielki czyn, jeden odruch męstwa, niż długa, cicha i nieefektowna choć ofiarna i pełna niebezpieczeństw praca.

My tylko sami, służba zdrowia winniśmy to ocenić. Rzucony projekt uczczenia pamięci poległych winien znaleźć szerokie echo.

Chcemy wznieść im pomnik.

Stanie on w stolicy Odrodzonej Ojczyzny, gdzie będzie widomym znakiem, że nie zginęła pamięć o poległych bojownikach. Będzie on dla przyszłych pokoleń drogowskazem, jak należy żyć i umierać dla Ojczyzny.

Komitet zwraca się z gorącym apelem do wszystkich, związanych w jakikolwiek sposób ze służbą zdrowia. Poprzyjcie nas. Nawet drobny, ale zbiorowy wysiłek tysięcy ludzi stworzy dzieło godne pamięci tych, których uczcić chcemy.

„PREPARATY — LUDWIK SPIESS i SYN“. (4. wydanie). — Przegląd tej broszury świadczy o postępie, jaki zrobił nasz rodzimy przemysł chemiczno-lekarski w ostatniem 10-leciu. Ilość wymienionych w broszurze przetworów (przeszło 500 preparatów) dowodzi, że możemy i powinniśmy się obejść bez preparatów zagranicznych, które przez wyroby rodzime obecnie już w zupełności zastąpić można.

W myśl rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27. 9. 1928 Mennica Państwowa wykonała:

a). Medal Dziesięciolecia Odzyskanej Niepodległości. Prawo otrzymania medalu służy tym, którzy odbyli czynną służbę wojskową lub pełnili faktyczną służbę w urzędach polskich w czasie od dnia 11. listopada 1918 do dnia 11. listopada 1928;

b). Medal Pamiątkowy za Wojnę 1918-1921 r.: prawo otrzymania medalu służy obywatelom i obywatelkom polskim oraz cudzoziemcom, którzy w czasie od 1 listopada 1918 do 18 marca 1921 współdziałali z wojskiem polskiem w polu czy w kraju.

Medale są do nabycia w Towarzystwie Popierania Wytwórczości Polskiej w Warszawie, Aleje Jerozolimskie nr. 43.
